

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N° 226

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

YVES CHAMPION

Ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Boursier de recherche de l'Institut national d'hygiène
né le 11 novembre 1926 à Douai (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le 24 mars 1958

ESSAI DE SYNTHÈSE DES RECHERCHES
EN MATIÈRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MENTALES

concernant

LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES POPULATIONS
(Psychiatrie médico-sociale des migrations et transplantations)

Président : Monsieur le Professeur DELAY

LIBRAIRIE ARNETTE
2, rue Casimir Delavigne
PARIS

1958

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

YVES CHAMPION

Ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Boursier de recherche de l'Institut national d'hygiène

né le 11 novembre 1926 à Douai (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le 24 mars 1958

**ESSAI DE SYNTHÈSE DES RECHERCHES
EN MATIÈRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MENTALES**

concernant

LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES POPULATIONS

(Psychiatrie médico-sociale des migrations et transplantations)

Président : Monsieur le Professeur DELAY

LIBRAIRIE ARNETTE

2, rue Casimir Delavigne

PARIS

1958



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BÉNARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRÉ (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LÉVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIÉ (Ch.), SÉZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN

M. BINET Léon, *membre de l'Institut*

ASSESSEUR

M. VERNE Jean

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)	
Bactériologie	FASQUELLE (R.)	
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)	
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)	
Biologie médicale	FAUVERT (R.)	
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Cliniques chirurgicales ..	{ Beaujon	SICARD (A.)
	{ Cochin	QUÉNU (J.)
	{ Hôtel-Dieu	MÉNÉGAUX (G.)
	{ Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE-D'AUBIGNÉ (R.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie ..	FÈVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)	
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux ..	ALAJOUANINE (T.)	

MM.

Cliniques médicales	{ Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales ..	{ Bandelocque	LACOMME (M.)
	{ Port-Royal	VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie		LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale ..		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Génétique médicale		LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		SOULIÉ (P.)
Histologie		VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance ..		TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine légale		PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du travail		DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>Chaire à titre personnel</i>)		MERKLEN (F.)
Pathologie médicale		DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale		MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (<i>Chaire à titre personnel</i>)		DOGNON (A.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		PATEL (J.)
Thérapeutique		BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	DELMAS (A.), pr. s. ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.), pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NÉVOT (A.), pr. s. ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr. s. ch. DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	COUJARD (R.) N... N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.), pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.)

MM.

Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	LÉGER (J.) MAURICE (P.)
Pathologie médicale	BOUDIN (G.) BOUVIER (J.-B.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHÉ (C.-P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PÉQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.), pr. s. ch. LÉVY (Mlle J.), pr. s. ch.
Physiologie	BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	DJOURNO (A.), pr. s. ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-ptisiologie	KREIS (B.)

MM.

Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.)
	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
(à titre permanent)

MM.

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)
	HUGUIER (J.)
	LÉGER (L.)
	PADOVANI (P.)
	ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert)
	HAGUENAU (J.), pr. s. ch.
	KOURILSKY (R.)
	MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SÈZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P.)
	LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.)
	QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

À MA FEMME,

À MON FILS,

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

À MA MÈRE,

À MA FAMILLE,

À MES AMIS,

À tous ceux qui, nous aidant dans les années
difficiles, nous ont permis de mener
nos études médicales à leur terme,
en témoignage de très profonde
reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY,

Professeur de la chaire de clinique des maladies mentales,

Membre de l'Académie de médecine,

Directeur de l'Institut de psychologie,

Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUGNARD,

Directeur de l'Institut national d'hygiène,
Professeur de physique médicale à l'université de Toulouse,
Membre de l'Académie de médecine,
Ancien élève de l'Ecole polytechnique,
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. DUCHENE,

Médecin des hôpitaux psychiatriques,
Chef de la section psychiatrique de l'Institut national d'hygiène,
Directeur du service de prophylaxie mentale de l'Office public
d'hygiène sociale de la préfecture de la Seine,
Expert de la santé mentale à l'Organisation mondiale de la santé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DAUMEZON,

Médecin des hôpitaux psychiatriques,

Médecin-Chef

du service des admissions du Centre psychiatrique Sainte-Anne,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. SIVADON,

Médecin des hôpitaux psychiatriques,
Secrétaire général de la Ligue française d'hygiène mentale,

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-J. GILLON,

Médecin-Inspecteur général du travail et de la main-d'œuvre
au ministère du Travail,
Président de la Commission d'étude des migrations et transplantations
de la Ligue française d'hygiène mentale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ORNULV ODEGAARD,

Professeur de psychiatrie à l'université d'Oslo,

en respectueux hommage à son œuvre médico-statistique relative aux problèmes psychiatriques de la transplantation.

A NOS MAÎTRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE :

MADemoisELLE LE DoctEUR M. BADONNEL,

MONSIEUR LE DoctEUR H. BEAUDOUIN,

MADemoisELLE LE DoctEUR E. CULLERRE,

MONSIEUR LE DoctEUR G. DAUMEZON,

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DAVID,

MONSIEUR LE DoctEUR Y. PORC'HER,

MONSIEUR LE DoctEUR J.-J. RONDEPIERRE.

A NOS MAÎTRES DE CONFÉRENCES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DE AJURIAGUERRA,

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BEAUDOUIN,

MONSIEUR LE DOCTEUR G. DAUMEZON,

MONSIEUR LE DOCTEUR H. EY.

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT DE PSYCHOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FESSARD,

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FRAISSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PIERON.

A NOS MAÎTRES DU SERVICE DE NEUROPSYCHIATRIE DU VAL-DE-GRACE .

MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL J. PARAIRE,
Neuropsychiatre des hôpitaux militaires ;

MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL L. VELLUZ,
Professeur de la chaire de législation militaire.

In memoriam.

A NOS MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DEBRAY,

MONSIEUR LE DOCTEUR GUEULETTE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JUSTIN-BESANÇON,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUENU,

MONSIEUR LE DOCTEUR SUZOR.

**ESSAI DE SYNTHÈSE DES RECHERCHES
EN MATIÈRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MENTALES**

concernant

LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES POPULATIONS

(Psychiatrie médico-sociale des migrations et transplantations)

Introduction

Le fait que l'organisation, la réglementation et la surveillance administrative et médico-sociale des mouvements migratoires soient, dans les meilleurs cas où elles existent effectivement, c'est-à-dire en gros pour les migrations à long rayon et pour les pays à infrastructure administrative développée, confiées à des organismes et services très différents et généralement indépendants, s'il traduit une méconnaissance traditionnelle et institutionnalisée de l'importance intrinsèque du phénomène migratoire, explique en même temps la quasi-inexistence de toute tentative de synthèse multidisciplinaire en ce domaine.

L'intérêt des démographes, des administrateurs, des législateurs, et aussi des psychiatres (qui, nous le verrons, ont joué historiquement un rôle non négligeable) s'est ainsi développé indépendamment dans des directions assez divergentes, mais toutes centrées sur la préoccupation unanime de rechercher ce qui peut assurer la meilleure réussite humaine des migrations de populations.

Les phénomènes de transplantation géographique de populations émaillent, à des échelles diverses, tout ce que nous connaissons actuellement de l'histoire de l'humanité. Le développement des civilisations contemporaines, singulièrement depuis l'avènement de l'ère industrielle, a cependant confronté les gouvernements à des problèmes de rapide redistribution géographique de population inconnus des générations antérieures.

La recherche des dispositions les plus propres à assurer à l'immigration une rentabilité maxima sur les plans humain et économique pour le pays récepteur devait amener rapidement les gouvernements à se préoccuper de l'aspect psychiatrique du problème, d'autant que la seule importance des hospitalisations psychiatriques de sujets immigrés devait se révéler une très lourde charge pour la collectivité.

C'est donc d'emblée sur le plan psychiatrique que le problème médico-social de l'immigration s'est trouvé posé dans toute son acuité. Il en est résulté, durant le siècle passé, une constante intrusion de notions spécifiquement psychiatriques au sein de la majorité des réglementations et législations relatives à l'immigration, et l'on pourrait même affirmer sans exagération que ce sont ces mêmes notions psychiatriques qui sont généralement à l'origine de la plupart des dispositions de réglementation autoritaire.

Il est néanmoins patent que les notions ainsi introduites ont rarement reposé sur des données scientifiques indiscutables. En fait, la psychiatrie semble avoir toujours éprouvé de grandes difficultés à fournir au législateur des bases théoriques précises, laissant ainsi le champ libre aux polémistes qui disposaient de l'opinion.

Il faut sans doute rechercher l'explication de cette carence dans l'évolution dans la même période de la doctrine médico-psychologique. De fait, la principale hypothèque pesant sur des études de ce genre tient à la position particulièrement ambiguë des psychiatres qui, légitimement chargés de ces problèmes de santé mentale au sens large, se voyaient confrontés à des situations vis-à-vis desquelles la valeur herméneutique de leurs traditions doctrinales se trouvait mise en défaut. Il ne peut être surprenant de constater, dans ces conditions, que les recherches néanmoins effectuées se sont développées de façon assez anarchique, dans des domaines et des directions très variables d'un pays et d'une école à l'autre.

Cette extrême dispersion des travaux de recherche explique en partie la difficulté que l'on peut actuellement éprouver à présenter une synthèse objective des résultats acquis, synthèse dont se sont généralement gardés tous les auteurs, et même ceux dont les travaux ont le plus profondément marqué l'évolution de nos connaissances.

En raison par ailleurs du porte-à-faux dans lequel se situent ces problèmes par rapport à la doctrine psychiatrique, on est en droit de s'interroger sur la légitimité d'une telle démarche.

Nous avons pensé que cette légitimité ne pouvait mieux ressortir que d'un exposé critique des nombreuses recherches médico-statistiques en rapport avec notre sujet. Il est à cet égard étonnant de constater à quel point la masse de documents et de données ainsi disponibles a pu rester ignorée ou méconnue des grands mouvements doctrinaux qui ont agité la psychiatrie contemporaine. La lecture de ces travaux introduit à quelque étrange domaine marginal de la psychiatrie que n'ont guère atteint ni utilisé les positions théoriques des écoles. Peut-être faut-il en voir l'explication dans le fait que cette assez considérable accumulation de matériel est longtemps restée d'utilisation délicate en raison de l'insuffisance des connaissances en méthodologie statistique générale ou en démographie psychiatrique. C'est au professeur Ornulf ODEGAARD d'Oslo (1932) que l'on doit, à côté d'autres apports qui apparaîtront plus loin, la première et pratiquement la seule tentative de critique de la littérature statistique publiée en majeure partie aux Etats-Unis depuis 1850. Nous avons, dans ce qui suit, largement utilisé ce travail d'une remarquable richesse. Il est cependant frappant qu'il soit pratiquement seul de son genre.

Outre la congruence des données incidencielles, une fois réalisées les corrections éventuellement nécessaires, ce courant de recherches médico-statistiques, qui confère à la question ses véritables dimensions concrètes et ses fondements réels, aborde un certain nombre de problèmes connexes de la plus haute importance, tant pour l'établissement de la légitimité du cadre de description que pour l'approfondissement de certains rapports que l'analyse clinique est restée jusqu'ici impuissante à mettre en lumière.

Il nous est apparu que la somme de faits ainsi dégagée autorisait une analyse d'ensemble de travaux et de notions cliniques dont l'entrée dans la littérature médicale leur est bien antérieure, et qui ont fréquemment, nous y avons déjà insisté, influencé l'élaboration de certaines dispositions réglementaires. Un certain nombre de ces notions continuent d'ailleurs de transparaître, au titre d'hypothèses plus ou moins justifiées, dans certaines recherches sociologiques ou démographiques contemporaines, et nous avons cherché, au moins, à les replacer dans leur perspective technique.

Les problèmes d'ordre clinique concernant les transplantés ont, s'il se peut, fait l'objet de moins de travaux synthétiques encore que les études médico-statistiques. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de ce manque de doctrine d'ensemble. On peut cependant retrouver, tant dans la trajectoire historique de quelques notions clés que dans l'orientation d'études contemporaines fragmentaires éparses dans la littérature, quelques principes généraux d'unités. C'est autour de ceux-ci que nous avons cherché à rédiger cette étude.

La structure actuelle des systèmes psychiatriques ne saurait nous permettre d'aller plus loin.

Il reste à juger si la démarche adoptée est de nature à nous fournir une réponse opératoire aux questions posées de part et d'autre au psychiatre par le statisticien qui mesure le degré de faillite humaine de la migration, et par le démographe et le sociologue qui en recherchent tout à la fois les facteurs et les palliatifs.

PREMIÈRE PARTIE

Etude statistique

L'analyse du matériel statistique fourni par les divers auteurs ayant abordé les problèmes de santé mentale posés par les populations transplantées constitue une tâche extrêmement ardue. Il n'existe en effet aucune standardisation des indices étudiés ou des facteurs statistiques dégagés. Seules, certaines coutumes se sont plus ou moins établies au fur et à mesure du développement de la connaissance des divers paramètres susceptibles de modifier la validité de l'échantillonnage. En l'absence de standards, les auteurs ont généralement choisi les représentations numériques les plus directes, compte tenu de l'information dont ils disposaient. D'autre part, l'introduction des calculs de signification, dont la mise au point technique est généralement postérieure à la date de publication d'une bonne partie des travaux analysés ci-dessous, est relativement tardive. Enfin, l'élaboration de statistiques différentielles d'incidence morbide sur des échantillons valables nécessitait la mise en place d'une infrastructure administrative qui n'a en fait fonctionné qu'assez tardivement, même aux Etats-Unis où pourtant le gouvernement fédéral a toujours accordé une attention soutenue aux problèmes d'immigration.

Quoi qu'il en soit, et peut-être aussi à raison même de cette absence de systématisation de la recherche, la plupart des données publiées fournissent une information intéressante — une fois discutées ses limites de validité. Il est certain que de nombreux facteurs marginaux, mis en évidence à l'occasion de telle situation privilégiée, auraient nécessité, dans le cadre d'une étude systématique faite à partir d'un plan synthétique préconçu et d'une population donnée, une mise en évidence souvent beaucoup plus laborieuse et contestable.

L'essai de classement auquel nous nous sommes livré ci-dessous a, bien entendu, uniquement visé à introduire une certaine clarté dans l'exposé des résultats obtenus. Il n'en respecte pas moins sensiblement un ordre qui est à la fois celui de la complexité croissante, de l'analyse progressive et du développement historique tant des recherches appliquées au problème étudié que des techniques statistiques générales.

I. — LES PARAMETRES STATIQUES

Du fait de leur importance administrative, budgétaire et politique, les indices d'incidence morbide ont été les premiers paramètres qui aient fait l'objet de déterminations statistiques. Leur mise au point, leur discussion, leur analyse et leur approfondissement constituent un des apports capitaux

de l'école statistique psychiatrique américaine. Mis à part les indices différentiels nosographiques qui seront étudiés plus loin et qui, en raison de la nature du matériel utilisé (statistiques hospitalières), ont fait l'objet des premières recherches, l'ordre d'exposition suivi ci-dessous correspond à peu près au développement des recherches de cette école et des rares équipes qui ont été influencées par elle.

Il s'agit de statistiques asérielles, de simples taux ou de rapports indiciels d'incidence pathologique valables pour une seule observation dans le temps (de durée variable) d'une aire de prospection donnée. Des différenciations factorielles, puis des pondérations, ont ultérieurement été introduites dans le calcul de ces paramètres.

I. — Les indices bruts

Il s'agit d'indices globaux, non différentiels et en principe non pondérés, qui affectent des présentations assez diverses.

A. — LES INDICES ÉLÉMENTAIRES

Nous étudierons sous cette rubrique un certain nombre de taux, bruts ou référenciés, dégagés par divers auteurs d'échantillons divers.

a) *Les taux absolus*

Les taux absolus, expression élémentaire de statistiques descriptives, méritent plus qu'une mention : ce sont eux en effet qui ont contribué à attirer l'attention des pouvoirs publics comme des techniciens sur les problèmes d'assistance psychiatrique posés par les populations transplantées. En raison de la nature du matériel étudié ou des idées ayant prévalu durant une longue période dans ces domaines, la majorité d'entre eux a été élaborée en fonction de critères nosographiques ou ethniques ; nous y reviendrons plus loin. Quelques-uns cependant conservent une formulation plus générale. C'est en grande partie sur eux que s'appuie une abondante littérature polémique qui, à défaut de rigueur scientifique, prend une grande importance dans l'histoire des idées en ce qui concerne l'immigration.

W. A. WHITE, dans une conférence faite en 1902 à la *National Geographic Society* et qui a surtout la valeur d'une diatribe envers l'immigration, fait état d'une proportion de 50 % d'étrangers parmi les 25.000 malades mentaux de l'état de New York. C'est ce même taux de 50 % qui est mentionné pour l'hôpital psychiatrique de Toronto en 1907 par l'article analysé plus loin (*Am. J. of Insanity*, 1908).

Un peu plus tard, H. M. POLLOCK (1912), étudiant les 3.221 premières admissions des hôpitaux psychiatriques de l'état de New York pour l'année 1911, met en évidence 11 % seulement d'entrées de citoyens américains issus d'Américains.

Dans un autre ordre d'idées, H. ARNESEN (1917), étudiant les 473 premières admissions pour cette année à l'asile de Valen (secteur ouest de la Norvège) fait remarquer que 8,4 % de ces malades étaient d'anciens émigrants aux U. S. A. ultérieurement réimmigrés. Nous aurons à revenir plus bas sur ces données.

TABLEAU I

EFFECTIFS D'ENTRÉES EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE
DE MALADES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE ET DE MALADES DE TOUTES ORIGINES
POPULATIONS PSYCHIATRIQUES TOTALE ET ÉTRANGÈRE
A LA CHARGE DU DÉPARTEMENT

(HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE, ANNÉES 1926-1930)

D'après MARTIAL (1933)

(Certains chiffres ont été rectifiés d'après les archives des organismes intéressés.)

ANNÉES	ENTRÉES de MALADES étrangers	ENTRÉES TOTALES	POPULATION TOTALE à la charge du département de la Seine	POPULATION ÉTRANGÈRE à la charge du département de la Seine
1926	315	3 575	14 257	—
1927	305	3 650	14 502	—
1928	374	3 656	14 668	1 445
1929	353	4 099	14 955	—
1930	478	4 323	15 463	—

En France, A. MARIE (*Ann. méd. psychol.*, 1930) dans son rapport annuel sur le fonctionnement des asiles de la Seine fait état d'une proportion importante d'aliénés étrangers (10 % de la population). Par l'étude des statistiques d'entrées d'étrangers depuis 1924, il arrive à des chiffres de l'ordre de 2.500 entrées d'étrangers sur deux ans et demi. Reprenant ses recherches en 1934 et les étendant à divers établissements d'assistance parapsychiatrique ou de détention, il cite les chiffres suivants :

- Dispensaire psychiatrique (enfance délinquante) : 20 % d'étrangers sur 300 enfants délinquants;
- Patronage Vaugirard (Pr HEUYER) : 100 étrangers sur 300 enfants;
- Maison d'arrêt de la Petite Roquette : 1/3 d'étrangers mineurs sur 400 inculpés;
- Maison d'arrêt de Saint-Lazare : plus de 300 femmes étrangères sur 1.000 incarcérées;
- Maison d'arrêt de Fresnes : 1/4 d'étrangers sur 1.800 lits des deux sexes;
- Maison d'arrêt de la Santé : 40 % de non-Français sur 1.195 prévenus;
- Direction de la police générale : 1.921 étrangers sur 12.000 arrestations, soit 15 %;
- Parquet : 1/3 des 25.000 inculpations annuelles relatif à des étrangers;
- Infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police : 294 étrangers sur 1.700 malades recueillis sur la voie publique, soit 20 %.

R. MARTIAL (1933) rappelle les effectifs d'admissions étrangères en hôpitaux psychiatriques pour le département de la Seine dans les années 1926 à 1930 (voir ci-dessus tableau I).

TABLEAU II

EFFECTIFS EN VALEURS ABSOLUES ET EN FRACTIONS DE LA POPULATION TOTALE
ISSUE DE TOUTES ORIGINES DES MALADES DE NATIONALITÉ JURIDIQUE ÉTRANGÈRE
ET DE NATIONALITÉ FRANÇAISE ACQUISE PAR NATURALISATION
TRAITÉS A L'HÔPITAL HENRI ROUSSELLE (PARIS) DE 1930 A 1939

D'après Ch.-F. DARLET (1942)

(Les chiffres rapportés pour l'année 1939 sont ceux relatifs au premier semestre.)

ANNÉES	EFFECTIF TOTAL de malades traités	MALADES ÉTRANGERS	PROPORTION POUR 1 000	MALADES NATURALISÉS	PROPORTION POUR 1 000
1930	5 643	410	73	37	7
1931	6 393	490	77	36	6
1932	6 310	472	75	41	6
1933	5 167	396	77	34	7
1934	5 916	432	73	52	9
1935	5 952	387	65	25	4
1936	6 661	470	71	58	9
1937	6 548	483	74	51	8
1938	6 279	471	75	47	7
1939 (1 ^{er} semestre)	3 068	195	64	24	8
TOTAL.. ..	57 937	4 206	73	405	7

A. LICURZI (1938), dans une étude de statistique psychiatrique judiciaire faite en Argentine à partir des dossiers de délits enregistrés dans la capitale fédérale pour trois années-tests des trois grandes périodes de l'immigration argentine, expose les chiffres suivants :

Année 1886

127 délits — Auteurs appréhendés : Argentins : 32 - *Extranjeros* : 95

Année 1915

9.778 délits — Auteurs appréhendés : Argentins : 1.778 - *Extranjeros* : ?

Année 1937

19.112 délits — Auteurs appréhendés : Argentins : 7.904 - *Extranjeros* : 7.882

Ch.-F. DARLET (1942), reprenant 57.937 dossiers de malades suivis à l'hôpital Henri Rousselle, alors le seul hôpital psychiatrique ouvert de France, entre le 1^{er} janvier 1930 et le 30 juin 1939, met en évidence les proportions suivantes de malades n'ayant pas la nationalité française ou l'ayant reçue à une date récente (voir ci-dessus tableau II). La proportion de malades d'origine étrangère s'établit ainsi à 8 %.

TABEAU III

TAUX D'ENTRÉES POUR 100.000 RÉSIDANTS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE
DU GROUPE D'ORIGINE CONSIDÉRÉ

D'après A. et H. TORRUBIA (1955)

	HOMMES	FEMMES
Seine	261	237
Province	281	297
Etranger	327	388
France d'Outre-mer	947	681
Origine indéterminée	355	247
TOTAL GÉNÉRAL	293	284

b) *Les indices bruts*

Les indices bruts, référenciés sur la population générale, fournissent, au moins sur le plan administratif, une estimation plus précise des véritables dimensions numériques du problème. Issus de statistiques à quatre caractères, ils donnent naissance, suivant leur présentation, à deux types d'indices.

1. — *Les indices d'incidence morbide* représentent le rapport (ou pourcentage) des effectifs de malades mentaux aux effectifs de population générale (ou de sujets sains) respectivement pour la population transplantée et la population générale (ou autochtone).

H. M. POLLOCK (1912) extrait de l'étude des 3.221 premières entrées dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York pour 1911 un indice d'incidence morbide qui s'établit à 104 pour 100.000 en ce qui concerne les étrangers contre 42 pour les autochtones.

B. MALZBERG (1930) conclut à un taux d'incidence morbide chez les immigrants deux à trois fois supérieur à celui de la population blanche américaine autochtone.

A. et H. TORRUBIA (1955), à partir de l'étude de 11.175 entrées enregistrées au Service des admissions du Centre psychiatrique Sainte-Anne (Centre de triage des services psychiatriques fermés du département de la Seine), publient des taux d'admission pour 100.000 rapportés pour chaque catégorie à la population de même origine résidant dans le département de la Seine. Les taux d'incidence, minima pour les malades originaires du département de la Seine, sont plus élevés pour les malades originaires des autres départements de la France métropolitaine. Ce dernier taux est à son tour inférieur à celui relevé pour les malades d'origine étrangère (en majorité européenne), qui présentent eux-mêmes un taux d'incidence inférieur à celui des originaires de la France d'Outre-Mer (voir tableau III).

H. B. M. MURPHY (1955) publie, après pondération des distributions d'âges et discussion des distributions par sexe, des taux pour 1000 par an de premières admissions psychiatriques dans les établissements britanniques. Ces taux s'établissent, en ce qui concerne les « travailleurs volontaires européens » (personnes déplacées réinstallées en Angleterre), respectivement pour les années 1947-1949, 1950 et 1951, à 2,76, 2,70 et 2,74 pour les hommes et 1,66, 2,40 et 2,22 pour les femmes. Les taux identiques concernant la population globale pour l'Angleterre et le pays de Galles durant l'année 1949 sont respectivement de 0,76 pour les hommes et de 0,97 pour les femmes.

Le taux d'incidence morbide calculé par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1954-1955-1957) sur les entrées de malades nord-africains d'origine musulmane immigrés dans le département de la Seine, à partir du sondage au vingtième du recensement de la population française de 1954, s'établit à 2,70 pour 1.000 contre 1,15 pour la population générale.

L'immigration portoricaine aux Etats-Unis, par beaucoup de points voisine de la précédente, est étudiée par B. MALZBERG (1956) d'après les premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques de New York entre le 1^{er} octobre 1948 et le 30 septembre 1951. Le taux annuel moyen d'entrées est de 157,7 pour 100.000, contre 144,5 pour la population globale de New York City, aire d'immigration élective. La correction des distributions d'âges (voir ci-dessous) accentue encore la différence.

2. — *Les indices démographiques* représentent le rapport (ou pourcentage) des effectifs de population transplantée aux effectifs de population générale (ou autochtone) respectivement pour la population hospitalière psychiatrique et la population générale (ou non hospitalisée).

J. W. ROBERTSON (1903), par l'étude de la population psychiatrique de Californie, met en évidence un taux de 57 % de malades d'origine étrangère dans les établissements psychiatriques, contre 25 % pour la population totale. Nous aurons à revenir plus loin sur l'analyse qu'il donne de ces chiffres.

A. F. KILBOURNE, dans son rapport sur le fonctionnement du Rochester State Hospital (Minnesota) pour la période 1906-1908, fait état de 56 % de malades mentaux de naissance étrangère, contre 28,8 % d'étrangers dans la population totale. Des pondérations sont d'ailleurs introduites, que nous étudierons ci-dessous.

Un article anonyme de l'*American Journal of Insanity* (1908) mentionne les chiffres suivants relatifs à l'ensemble du Canada pour l'année 1907. Une population étrangère représentant 20 % de la population canadienne totale fournit 38 % des incarcérations, 48 % des détenus de la prison centrale de Toronto. Les étrangers représentent 50 % des 422 plus récents placements à l'hôpital psychiatrique de Toronto.

C. W. BURR (1914) dégage de l'étude d'un matériel statistique relatif à la ville de Philadelphie un taux de 44 % de sujets d'origine étrangère parmi les malades mentaux indigents, contre 24,7 % pour l'ensemble de la population.

A. AMEGHINO (1923), étudiant les statistiques relatives aux hôpitaux psychiatriques argentins, fait remarquer que, tandis que la population globale de la république Argentine comprend deux tiers de sujets d'origine autochtone (*nativos*), les immigrés (*extranjeros*) entrent pour deux tiers

dans les effectifs hospitalisés dans les asiles d'aliénés. Ces chiffres sont confirmés par un travail ultérieur de A. AMEGHINO et J. M. E. GONZALEZ (1931).

Ch.-F. DARLET (1942), dans le travail déjà cité, met en parallèle le taux d'étrangers de 74 pour 1.000 relevé à l'hôpital Henri Rousselle et celui de 20 pour 1.000 résultant des statistiques de 1937 pour l'ensemble de la population.

E. BRINGAS NUNEZ (1943) publie le détail des entrées par nationalité pour cinq hôpitaux psychiatriques argentins (voir tableau IV). Calculé sur les trois premiers de ces établissements, le taux d'étrangers dans la population asilaire s'élève à 38 %, contre 18,1 % dans la population générale, d'après les données des statistiques de 1941. En ce qui concerne la population autochtone (*Poblacion nativa*), ces mêmes taux s'établissent respectivement à 61 % pour la population asilaire et 81,9 % pour la population générale.

TABLEAU IV

EFFECTIF TOTAL ET VENTILATION PAR ORIGINE
DES ADMISSIONS DANS CINQ HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES ARGENTINS
POUR DIFFÉRENTES PÉRIODES

D'après BRINGAS NUNEZ (1943)

ÉTABLISSEMENT CONSIDÉRÉ	EFFECTIF TOTAL de malades admis	ÉTRANGERS	ARGENTINS	PÉRIODE de RÉFÉRENCE
Colonia nacional de Alienados «Dr Domingo CABRED»	15 731	8 630	7 371	1911/31-12-1942
Hospital nacional de Alienados	35 465	18 856	16 069	id.
Asilo-Colonia mixto de Alienados en Oliva	22 762	8 657	14 105	id
Hospicio de las Mercedes ..	59 597	45 084	14 613	1883/31-12-1942
Hospital Melchor Romero ..	11 081	6 106	4 975	1902/31-12-1939
Statistiques Année 1941	Population totale	Étrangers	Argentins	
République Argentine... ..	12 632 123	2 284 943	10 347 180 (1)	

(1) Par différence.

DEUSDEDIT ARAUJO (1955) reprend les chiffres de X. DE OLIVEIRA (1932), faisant état d'une proportion d'étrangers supérieure à 20 % de la population psychiatrique à Rio et Sao-Paulo, et la statistique établie par J. MOREIRA (1935) sur dix années (1905-1914) d'où il ressort que 31 % des malades de l'Hospicio Nacional sont de nationalité étrangère. L'auteur publie, d'après les chiffres du Service national des maladies mentales (*Seccao de Cooperacao de S. N. D. M.*), les pourcentages annuels de malades étrangers dans les établissements psychiatriques pour la période 1939-1953. Ceux-ci varient de 4,8 à 14,8 %. La moyenne pour les dix années 1943-1953 s'établit à 6,33 %, contre 3,11 % dans la population totale du Brésil.

Les entrées des malades d'origine nord-africaine musulmane au Service des admissions des hôpitaux psychiatriques de la Seine (DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET, 1954-1955-1957) représentent 5,85 % des entrées totales masculines pour l'année 1954. La population nord-africaine masculine immigrée représente, pour la même année, 2,51 % de la population masculine totale du département de la Seine.

3. — *Le « quota fulfillment »* de H. H. LAUGHLIN (1922), bien que très contestable (et contesté) dans les applications qu'en a tirées son auteur, mérite d'être cité ici, en tant que modalité particulièrement parlante d'indice démographique. Le *quota* de 100 % implique une représentation identique d'un groupe donné (en l'occurrence il s'agit de groupes nationaux d'origine, nous aurons à y revenir) au sein de la population mentale pathologique et au sein de la population totale. Au-dessous de 100 %, le groupe est sous-représenté et son incidence morbide est inférieure à la moyenne. Des valeurs supérieures à 100 % impliquent une incidence supérieure à la moyenne pour le groupe considéré. Il va sans dire que la tentation des généralisations idéologiques prématurées, à laquelle l'auteur n'a pas manqué de succomber, est ici le principal facteur d'erreur.

B. — LES INDICES BRUTS AVEC NIVEAU DE SIGNIFICATION

Les indices bruts avec niveau de signification ont été relativement peu employés. L'erreur imputable aux caractéristiques des échantillons mis en rapport est en effet, nous le verrons plus loin, beaucoup plus importante pour la discussion des résultats que la dispersion aléatoire calculée sur les données numériques, du moins dans la majorité des cas. Or, le développement des techniques de statistique formelle a été de pair, historiquement, avec l'analyse des facteurs de pondération étudiés plus loin, qui ont légitimement pris une place prépondérante dans les travaux les plus récents.

On trouve, dans la critique élaborée par O. ODEGAARD (1932), des chiffres de MELSOM (1924) relatifs à la population norvégienne émigrée aux U. S. A. et ultérieurement réimmigrée, un exemple de ce type d'indice. La différence des taux d'incidence morbide pour la population norvégienne ayant antérieurement émigré aux U. S. A. ou non, appréhendés d'après les 664 admissions masculines à l'asile d'Eg (secteur sud-ouest de la Norvège) pour les années 1910 à 1923, et respectivement de $133,84 \pm 6,66$ et de $60,25 \pm 3,67$ pour 100.000 par an, s'établit ainsi à $73,59 \pm 7,61$ pour 100.000, marquant une prépondérance nettement significative des taux d'incidence pour la population migrante par rapport à la population stable (corrections faites de l'erreur due à la distribution d'âges).

Le travail de B. M. WEDGE (1952) sur les originaires d'Okinawa immigrés (surtout pour des raisons économiques) à Hawaï vise surtout à tester la validité d'une hypothèse psychanalytique (importance des soins maternels dans la prophylaxie mentale). L'incidence morbide, très peu élevée chez les autochtones d'Okinawa (MOLONEY, 1945), se révèle, en ce qui concerne les réactions psychotiques d'origine non organique, très supérieure à celle de n'importe quel autre groupe racial chez les émigrés à Hawaï (avec un χ^2 de 30,88 donnant, pour d. l. = 1, p inférieur à .001).

Les indices exposés ci-dessus publiés par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1957), relativement aux entrées psychiatriques de malades masculins d'origine nord-africaine musulmane dans le département de la Seine

pour l'année 1954, se révèlent significativement plus élevés que ceux relatifs à la population globale du département. La différence des indices bruts d'incidence morbide (respectivement de 2,70 et 1,15 pour mille par an), avec $R = 11$ est significative à P inférieur à 10^{-9} . Il en va de même en ce qui concerne l'indice démographique brut (respectivement 2,51 contre 5,85 % et 97,49 contre 94,17 %, voir ci-dessus), le seuil de signification étant inférieur à $P = .01$. L'indice pondéré d'incidence, sur lequel nous reviendrons, objective des différences aussi significatives.

II. — Les indices différentiels

Les indices différentiels affectent les divers types de présentation étudiés ci-dessus, mais par rapport à des groupes donnés. Certains, relatifs aux groupes nosographiques ou aux groupes ethniques, sont d'introduction relativement ancienne, et ont longtemps constitué l'essentiel des statistiques élaborées sur les populations psychopathologiques migrantes. Ils sont d'ailleurs fréquemment associés et constituent une partie des travaux les plus discutables, au moins dans leur orientation théorique.

En raison de la précision accrue à laquelle ils prétendent, l'utilisation de paramètres différentiels implique une critique beaucoup plus serrée de la technique employée. Il n'est en effet que de prendre connaissance des conclusions que de telles données ont pu inspirer à beaucoup de ceux qui les ont dégagées pour se convaincre du danger de toute généralisation prématurée. Le danger repose en général sur l'ambiguïté de la définition du groupe étudié, dont une seule caractéristique est généralement retenue par l'auteur dans ses conclusions. Dans la mesure où ils prétendent mettre en évidence l'intervention causale d'un certain facteur pathogène, ces indices supposent l'introduction méthodique d'un plan expérimental d'observation, condition qui est souvent grossièrement méconnue et qui, même dans les meilleurs cas, prête toujours à discussion.

Ces réserves, une fois admises, ne doivent cependant pas faire systématiquement écarter ce type de données, qui conservent, sous réserve de discussion, leur valeur de faits d'observation. Elles sont d'ailleurs seules à pouvoir nous apporter une information directe sur certaines situations du plus haut intérêt (transplantation intérieure, changement de milieu à stock ethnique invariable, transplantation double).

La classification adoptée ci-dessous a été établie en fonction des caractéristiques des groupes étudiés et des conditions d'observation.

1. — *Même milieu d'observation, provenance ethnique différente*

L'appréhension de l'intervention du facteur ethnique dans l'incidence psychopathologique a été, en partie sous la pression de l'opinion, et durant une longue période, l'un des principaux chevaux de bataille de l'école statistique américaine. L'importance des répercussions de telles études sur la législation de l'immigration aux U. S. A. a été considérable, bien que les techniques employées autant que les conclusions dégagées aient fait l'objet, dès l'origine, et aux Etats-Unis mêmes, de critiques pertinentes.

E. C. SPITZKA (1880) étudie, dans un travail sur lequel nous reviendrons, la prééminence des catégories nosographiques chez des immigrants d'origines diverses.

O. N. NELSON (1900), dans un opuscule d'orientation socio-démographique plus que médicale, reprend les statistiques officielles relatives aux immigrés d'origine scandinave aux Etats-Unis. Les taux de morbidité mentale pour ce groupe restent modérés jusque vers 1880 (bien que très supérieurs à ceux des autochtones), puis tendent à augmenter rapidement ensuite. L'auteur mentionne la dissimilitude des distributions d'âges (sans chercher d'ailleurs à opérer les corrections en rapport), mais voit surtout dans l'écart des taux d'incidence la traduction d'une influence écologique au sens large.

J. KOREN, dans une enquête sur les malades mentaux placés dans les institutions d'assistance qui lui est confiée par le *Department of Commerce and Labor* (1904) tire de l'étude des statistiques officielles la conclusion qu'il apparaît exister des « différences frappantes » dans l'incidence psychopathologique au sein des différents groupes d'immigrants aux Etats-Unis. Les taux d'incidence sont supérieurs à ceux des populations globales de leurs métropoles respectives et supérieurs également à ceux de la population autochtone des U. S. A. Les immigrants d'origine irlandaise, dont le taux d'incidence est le plus élevé, représentent 29 % des immigrés malades mentaux contre 15,6 % de la population immigrée totale; les Scandinaves, 11,5 % contre 10,3 % (pour le seul état de Minnesota : 50 % contre 46,8 %). Par contre, pour l'immigration plus récente en provenance d'Europe centrale et méditerranéenne, les effectifs sont inférieurs au taux moyen. L'auteur introduit une correction de la distribution d'âges, mais celle-ci est insuffisante (voir plus bas).

T. W. SALMON (1907) étudie en 1906 cent malades mentaux mis en observation par le service médical d'immigration à Ellis Island et cent immigrants refoulés pour maladie mentale par le même service et pour la même période. Les effectifs de malades mentaux d'origine allemande et britannique sont de trois à quatre fois supérieurs aux taux prévisibles. Par contre, l'Italie, la Grèce et la Scandinavie sont sous-représentées. La débilité mentale est plus fréquente chez les Israélites, les Italiens et les Slaves.

L'article anonyme déjà cité de l'*American Journal of Insanity* (1908) fait état d'une majorité « déplaisante » d'admissions d'immigrés d'origine britannique à l'hôpital psychiatrique de Toronto en 1907, les Italiens et les Israélites étant relativement peu représentés.

G. H. KIRBY (1909), par l'étude d'une population psychiatrique de l'état de New York, met en évidence un taux plus important de psychoses alcooliques et organiques chez les Irlandais, d'états fonctionnels et de psychoses endogènes (en particulier maniaque-dépressives) chez les Israélites. Ce travail est basé sur les groupes d'origine, mais sans distinction de lieu de naissance (génération d'immigration).

H. M. POLLOCK (1912), dans le travail cité ci-dessus, détaille l'indice d'incidence de la population immigrée (104 pour 100.000 contre 42 pour la population autochtone, voir ci-dessus) suivant l'origine. Les chiffres fournis sont les suivants :

Irlandais	172 pour 100.000;
Allemands	125 pour 100.000;
Scandinaves	119 pour 100.000;
Russes	78 pour 100.000;
Italiens	57 pour 100.000.

TABLEAU V

TAUX POUR 100.000 RAPPORTÉS A LA POPULATION TOTALE DE CHAQUE GROUPE,
APRÈS CORRECTION DES VARIATIONS DÉMOGRAPHIQUES
D'APRÈS LES RECENSEMENTS OFFICIELS DÉCENNAUX,
DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE L'ÉTAT DE MINNESOTA
POUR QUATRE GROUPE D'ORIGINE ÉTRANGÈRE (ANNÉES 1890-1926)
D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

RECENSEMENT UTILISÉ	MOYENNE de 1890-1900	MOYENNE de 1900-1910	MOYENNE de 1910-1920	MOYENNE de 1920-1926	MOYENNE 1890-1926
1. Norvégiens	116,99	107,33	109,67	108,05	110,10 $\pm$ 1,72
2. Suédois, Danois	109,43	109,71	104,87	112,27	109,84 $\pm$ 1,49
3. Anglais, Allemands, etc... .. .	97,79	112,63	108,87	110,69	106,37 $\pm$ 1,21
4. « Nouvelle immigra- tion »	113,63	102,33	136,17	124,19	118,48 $\pm$ 1,93

Après correction des distributions d'âges, H. M. SWIFT (1913), travaillant sur un échantillon new-yorkais, voit persister l'incidence pathologique supérieure des immigrés. La différence avec la population générale, insignifiante pour les Suédois et à l'avantage des Italiens, est à mettre à la charge des Irlandais, qui représentent 15,5 % du nombre total d'admissions pour un taux prévisible de 8,5 %. Cette morbidité importante est surtout d'origine éthylique.

C. W. BURR (1914), travaillant à Philadelphie, insiste sur le faible pouvoir d'adaptation et l'incidence morbide élevée des Israélites russes.

K. C. BABCOCK (1914), de l'étude du travail de KOREN (1904, voir ci-dessous) et de publications statistiques officielles du Minnesota et du Wisconsin, retire l'impression d'un taux anormal de morbidité mentale chez les immigrés norvégiens aux U. S. A. Il y voit lui aussi l'influence de facteurs écologiques.

Le travail déjà cité de H. H. LAUGHLIN (1922) mentionne les « quota fulfillments » relatifs à divers groupes d'origine. Les chiffres publiés participent de la note polémique de l'ensemble : 195 % pour les Norvégiens, 212 % pour les Suédois, et plus encore pour d'autres nationalités d'origine.

Dans son remarquable travail, O. ODEGAARD (1932) reprend le problème d'après les entrées dans les hôpitaux psychiatriques publics du Minnesota pour la période 1890-1926 (19.644 entrées de malades d'origine étrangère). Les taux pour 100.000 rapportés à la population totale de chaque groupe (corrections faites des variations démographiques dans la période étudiée d'après les recensements officiels) sont les suivants (voir ci-dessus tableau V). Compte tenu des différences dans les distributions d'âges, qui influent largement sur ces chiffres (la « nouvelle immigration », en provenance surtout

d'Europe centrale et méditerranéenne, étant en moyenne plus jeune), mais pour lesquelles il est impossible d'opérer une correction satisfaisante, il semble que l'incidence pathologique soit plus élevée dans la « nouvelle immigration » que dans le groupe anglo-allemand, le groupe scandinave se rapprochant de ce dernier. Une correction inverse, bien que probablement peu importante, devrait néanmoins intervenir en ce qui concerne le taux d'urbanisation. ODEGAARD est ainsi amené à insister sur la réserve dont doivent s'inspirer les conclusions de semblables enquêtes.

L'étude faite par HALPERN (1938, 1944) de l'immigration israélite en Palestine l'amène à dégager des taux différentiels d'incidence suivant la communauté d'origine. Ces taux s'établissent ainsi : pour la communauté ashkenazique à 1,12 % ; pour la communauté sépharadique à 0,79 % ; pour les communautés orientales à 0,49 %. L'incidence est nettement plus élevée chez les Juifs palestiniens que chez les Arabes palestiniens. Chez ceux-ci même, elle est plus élevée chez les Arabes islamiques (Moslems) que pour les collectivités arabes chrétiennes. Ces chiffres sont donnés sans niveau de signification, mais l'auteur insiste sur l'importance du phénomène migratoire et des facteurs écologiques qui lui sont liés.

B. MALZBERG et E. LEE (1956), dans leur étude des premières admissions enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York pour la période 1939-1941, mettent en évidence un taux de premières admissions chez les sujets d'origine étrangère de race non blanche plus favorable que celui caractéristique des sujets de race blanche immigrés. Ils y voient la traduction d'une dissimilitude des niveaux socio-économiques jouant dans le cas particulier en faveur de la population immigrée non blanche. On verra ci-dessous la ventilation par catégories nosographiques et par type racial publiée par les auteurs.

2. — Groupes nosographiques

L'origine hospitalière du matériel statistique utilisé a, dès les origines, incité les auteurs à étudier la distribution nosographique des populations utilisées. Quelles que puissent être les réserves qu'ils appellent, ces travaux sont trop nombreux pour être passés sous silence.

La publication *princeps* (du moins à notre connaissance) de tous les travaux de statistique sur l'immigration de M. H. RANNEY (1850), basée sur l'étude des 1.229 entrées de malades d'origine étrangère au New York City Lunatic Asylum de Blackwells Island pour la période 1847-1849 mérite surtout une mention historique.

En fait, E. C. SPITZKA (1880), dans un travail portant sur 2.297 entrées du New York City Asylum, est probablement le premier à avoir fait une étude différentielle des malades d'origine étrangère en les comparant à la population autochtone. Ses critères d'étude sont essentiellement d'ordre nosographique et des taux différentiels chiffrés sont publiés. La mélancolie aiguë curable représente 16 % des entrées de malades étrangers contre 11 % pour la population autochtone. L'incidence maxima est observée chez les sujets d'origine allemande, et elle est encore plus élevée chez les immigrants de deuxième génération, nés aux Etats-Unis de parents allemands, avec un taux de 26 %. Un taux d'incidence important est relevé chez les Israélites en ce qui concerne l'hébéphrénie, chez les Scandinaves, Hollandais et Slaves pour la paralysie générale. La « démence terminale » (schizophrénique ?) est deux fois plus fréquente chez les Irlandais de première génération que chez ceux de seconde génération.

J. C. KIERNAN (1886), travaillant sur un matériel statistique recueilli à Chicago, met en évidence un taux de psychoses paranoïaques et paranoïdes de 16,5 % dans la population pathologique immigrée, contre 5,5 % pour la population autochtone.

BANNISTER et HEKTOEN (1887) étudient 2.398 observations du Kankakee State Hospital (Illinois). Les manies et mélancolies aiguës prédominent chez les malades d'origine anglo-saxonne (contrairement aux conclusions de SPITZKA). La mélancolie est plus fréquente que la manie chez les Scandinaves, moins chez les Irlandais et dans la plupart des origines. Le groupe des démences terminales, manies chroniques et mélancolies chroniques (schizophrénies ?), est plus représenté chez les sujets d'origine étrangère : 61 % des Scandinaves, contre 37 % des autochtones. Par contre, les psychoses « évidentes » (en particulier les psychoses épileptiques) sont moins fréquentes chez les sujets immigrés (ce qui contredit l'interprétation, fréquemment avancée à l'époque, faisant état d'une « exportation » des psychopathes par leurs métropoles respectives).

Le matériel de G. H. KIRBY (1909) étudié plus haut comprend 28 % de réactions schizophréniques et 27 % de psychoses « affectives » (maniaco-dépressives, involutives et diverses). Cette proportion apparaît identique pour le groupe anglo-saxon et pour les divers autres groupes.

H. M. POLLOCK (1912), dans le travail déjà cité, ne peut mettre en évidence de différence systématique dans la répartition par catégories nosographiques entre autochtones et immigrés. Une différence dans le taux des schizophrénies est seulement notée en ce qui concerne New York City, soit respectivement 19,4 % et 13,4 %.

T. W. SALMON (in WHITE and JELIFFE, 1913) attribue aux Israélites un taux de psychoses endogènes particulièrement élevé, mais un taux de psychoses alcooliques inférieur à celui des autochtones. Les taux de démences précoces sont importants chez les Italiens et les Slaves. D'une manière générale, les déficiences mentales sont plus fréquentes parmi les groupes de la « nouvelle immigration » (Europe méridionale et orientale).

POLLOCK et NOLAN (1919), par une étude de 9.124 premières admissions pour démence précoce enregistrées dans les hôpitaux de l'état de New York de 1912 à 1918, mettent en évidence un taux de 75,2 pour 100.000 pour les autochtones contre 161,4 pour les immigrés. Après correction des distributions d'âges, l'écart indiciel se réduit sensiblement, mais une différence de l'ordre de 50 % subsiste aux dépens de la population immigrée.

L'importance des caractères schizophréniques dans la population norvégienne émigrée aux Etats-Unis et ultérieurement réimmigrée, déjà signalée par H. ARNESEN (1917), est à nouveau mentionnée par L. MELSOM (1924), mais sans appréciation chiffrée.

W. TREADWAY (1925), dans une étude portant sur 68.983 premières admissions réalisées dans les hôpitaux psychiatriques d'états aux U. S. A. dans les années 1917-1922, analyse les fréquences relatives des divers types nosographiques en fonction des groupes d'origine. Les chiffres publiés (sans niveau de signification ni correction de distorsion) l'amènent à conclure que les psychoses organiques et séniles sont particulièrement fréquentes dans la « race teutonne » (principalement britannique et germanique), près de deux fois plus que dans le groupe anglo-américain de naissance américaine. Il en va de même pour les psychoses syphilitiques et schizophréniques. Les psychoses

maniaco-dépressives sont à l'opposé moins fréquentes. L'importance des taux de schizophrénies par rapport aux « réactions affectives » (i. e. maniaco-dépressives) est encore plus évidente pour toutes les autres « races » d'immigrants (celtique, slave, italique, chaldéenne), mais les psychoses séniles et organiques sont moins représentées que pour le groupe « teuton ». Une forte incidence de psychoses toxiques (surtout alcooliques) caractérise le groupe « celtique ».

O. ODEGAARD (1932) publie des indices différentiels d'incidence corrigés en fonction des groupes nosographiques pour la population norvégienne autochtone et la population immigrée aux Etats-Unis. Le tableau ci-dessous fournit les différences entre les matériels statistiques d'origine américaine (Rochester State Hospital, Minnesota) et norvégienne (Asile de Gaustad) avec leur erreur standard (tableau VI).

TABLEAU VI

INDICES DIFFÉRENTIELS CORRIGÉS D'INCIDENCE
EN FONCTION DU GROUPE NOSOGRAPHIQUE
POUR LA POPULATION NORVÉGIENNE AUTOCHTONE (ASILE DE GAUSTAD, NORVÈGE)
ET LA POPULATION NORVÉGIENNE
IMMIGRÉE AUX ETATS-UNIS (ROCHESTER STATE HOSPITAL, MINNESOTA)
D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

(Les chiffres rapportés représentent les différences entre les indices calculés à partir des matériels statistiques d'origines américaine et norvégienne, avec leur erreur standard.)

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Schizophrénie.. . . .	8,63 ± 1,78	17,09 ± 2,27	14,07 ± 1,47
Dépression	— 0,63 ± 0,79	— 0,58 ± 1,07	— 0,55 ± 0,70
Excitation maniaque .. .	— 1,09 ± 0,67	— 0,65 ± 0,52	— 0,85 ± 0,41
Paralyse générale	0,29 ± 0,70	0,97 ± 0,40	0,67 ± 0,40
Psychoses alcooliques .. .	3,73 ± 0,79	—	1,75 ± 0,37
Psychoses séniles artério- sclérotiques.. . . .	13,21 ± 1,46	9,86 ± 1,41	11,44 ± 1,02
«Psychosis e constitutione».	Nombre de cas insuffisant pour une distribution par sexe.		— 0,76 ± 0,18
«Psychosis e imbecillitate» ..			0,37 ± 0,60
Psychoses organiques .. .			0,99 ± 0,31
Psychoses toxi-infectieuses ..			1,30 ± 0,34
Psychoses épileptiques .. .			0,89 ± 0,33

N. A. DAYTON (1940), dans son étude des entrées psychiatriques dans l'état du Massachusetts enregistrées entre 1917 et 1933, étudie la répartition par catégories nosographiques dans les quatre groupes d'origine utilisés (*foreign born, native of foreign parentage, native of mixed parentage, native*

of native parentage). Les psychoses alcooliques, la paranoïa, les psychoses traumatiques et les psychoses séniles sont prévalentes dans le groupe des sujets d'origine étrangère. Les sujets nés aux Etats-Unis de parents étrangers sont surtout caractérisés par des taux importants de psychoses oligophréniques (*with mental deficiency*) et épileptiques, de démences précoces, et de psychoses symptomatiques (*with other brain or nervous disease*). Les sujets autochtones de parenté mixte présentent surtout des personnalités psychopathiques, des psychoses épileptiques, oligophréniques et toxicomaniaques. Le groupe autochtone de parenté autochtone est surtout représenté dans le groupe des psychoses choréiques, des psychoses sur personnalité psychopathique, des psychoses toxicomaniaques ou séniles. En ce qui concerne les sujets d'origine étrangère (*foreign born*), l'auteur étudie la répartition en fonction de la nationalité juridique. Les sujets de nationalité étrangère, les plus représentés, en ce qui concerne les premières admissions pour trouble mental, appartiennent surtout aux catégories des psychoses oligophréniques, démence précoce, psychoses non diagnostiquées et psychoses alcooliques. En ce qui concerne les sujets naturalisés, les diagnostics prévalents se répartissent entre les psychoses toxicomaniaques, involutives et symptomatiques de tumeur cérébrale et d'artériosclérose cérébrale.

ROBERTS et MYERS (1954), d'une enquête portant sur tous les malades résidant dans le territoire administratif de la ville de New Haven (Connecticut) et en traitement psychiatrique (dans les hôpitaux publics et privés, les cliniques et en clientèle particulière) à la date du 1^{er} décembre 1950 (soit 1.963 cas), tirent les conclusions suivantes, en fonction du groupe d'origine. Les psychoses affectives et séniles ont un taux élevé chez les sujets d'origine italienne. La sénilité et les psychoses toxiques (en particulier alcooliques) caractérisent le groupe d'origine irlandaise, par ailleurs exempt d'affections psychonévrotiques. Le taux des psychoses séniles est élevé chez les originaires du nord-ouest de l'Europe. Les psychoses affectives et schizophréniques dominent chez les immigrants d'origine polonaise et russe (les critères nosographiques utilisés dans cette étude sont ceux de la *Veterans Administration Nomenclature*, les taux d'incidence sont calculés à partir d'un sondage systématique au vingtième de la population générale, les niveaux de signification ne sont pas fournis).

M. B. M. MURPHY (1955) publie la distribution par sexe et par rubrique nosographique de 273 premières admissions de personnes déplacées enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques britanniques après la dernière guerre et les pourcentages correspondants pour cette population et pour la population britannique globale des classes d'âges situées entre 20 et 54 ans (tableau VII). Ces chiffres objectivent une nette prévalence des affections du groupe schizophrénie-paranoïa (hommes et femmes, respectivement 50 et 43,1 % contre 35 et 25,6 % pour la population britannique globale). Encore faut-il tenir compte de l'importance numérique des diagnostics impossibles à ranger dans les catégories courantes (plus de 10 %), dont la majorité représente « des cas graves, diagnostiqués comme « démence primaire » ou « état hallucinatoire », ressortissant certainement aux psychoses graves et probablement, pour la plupart, au complexe schizophrénique-paranoïaque ». L'auteur insiste par ailleurs sur l'importance des durées de séjour moyennes pour ce groupe : l'analyse de la répartition des durées de séjour montre que la proportion des « travailleurs volontaires étrangers » (personnes déplacées) qui sont restés à l'hôpital pendant plus de six mois est deux fois supérieure à celle des Britanniques qui sont dans le même cas.

TABLEAU VII

DISTRIBUTION PAR SEXE ET PAR CATÉGORIE NOSOGRAPHIQUE
DE 273 PREMIÈRES ADMISSIONS DE PERSONNES DÉPLACÉES
ENREGISTRÉES DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES BRITANNIQUES
ET POURCENTAGES CORRESPONDANTS POUR CETTE POPULATION
ET POUR LA POPULATION BRITANNIQUE GLOBALE AGÉE DE 20 A 54 ANS

D'après H. B. M. MURPHY (1955) [U.N.E.S.C.O., éd.]

	RÉFUGIÉS EUROPÉENS						BRITANNIQUES âgés de 20 à 54 ans	
	NOMBRE DE CAS		POURCENTAGE		POURCENTAGE global		POURCENTAGE global	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Schizophrénie	80	13	36,5	29,5	50,0	43,1	35,0	25,6
Paranoïa	11	3	5,0	6,8				
Maladie de type schi- zophrénique	19	3	8,5	6,8				
Psychose de dépres- sion.. .. .	3	2	1,4	4,5	15,0	34,1	22,1	33,7
Dépression	21	11	9,0	25,0				
Délire	9	2	4,0	4,5				
Etat d'anxiété	15	0	6,8	0	19,2	11,4	19,2	19,5
Névrose d'anxiété ..	13	1	6,0	2,3				
Psychonévrose	14	4	4,4	9,0				
Intoxiqués	7	0	3,2	0	15,8	11,4	23,7	21,2
Non classés	25	3	11,4	6,9				
Divers	2	2	1,2	4,5				
TOTAL	229	44			100,0	100,0	100,0	100,0

Le travail de B. MALZBERG (1956), cité plus haut, fait état d'un taux de 99,4 % d'admissions pour démence précoce chez les Portoricains immigrés à New York contre 55,6 % pour la fraction restante de la population générale.

L'étude faite par B. MALZBERG et E. LEE (1956) des premières admissions enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York pour les années 1939-1941 est également centrée sur une analyse des taux différentiels nosographiques d'incidence. Trois grandes rubriques nosographiques (démence précoce, psychoses maniaco-dépressives, toutes psychoses en dehors de ces deux catégories) servent de base à la ventilation

d'une importante statistique où de nombreux caractères démographiques (couleur, lieu de naissance, sexe, âge) donnent lieu à des discussions et des pondérations. Bien que les données obtenues ne fassent l'objet d'aucun calcul de signification et que les courbes fournies aient dans les intentions des auteurs uniquement un rôle d'orientation de tendance, les conclusions suivantes sont dégagées de l'étude des taux d'incidence différentielle après pondération des distorsions d'âges par la méthode de la population standard. En ce qui concerne les hommes de race blanche, une nette prépondérance des taux de premières admissions est relevée chez les sujets de naissance étrangère relativement à la démence précoce. Par ailleurs, les différences sont de peu d'importance. Pour les femmes de race blanche, les taux d'admissions sont chez les sujets immigrés très supérieurs à ceux relevés pour les sujets autochtones, et ce pour toutes les catégories de psychoses, la différence moyenne étant de l'ordre de 21 %. En ce qui concerne les sujets de race non blanche, pour les femmes, les taux d'admissions sont égaux entre *native* et *foreign born*; pour les hommes, les sujets d'origine étrangère présentent un taux de premières admissions (13 %) nettement inférieur à celui des *natives*, sauf toutefois pour la démence précoce. Les auteurs voient là la traduction d'une importante différence dans les niveaux socio-économiques des deux catégories, différence qui, dans le cas particulier, joue au profit des immigrés, à rebours du phénomène habituellement observé. De façon générale, à travers ces indices nosographiques, les immigrés hommes sont désavantagés par rapport aux immigrées du sexe féminin. En ce qui concerne plus particulièrement le statut migratoire entendu cette fois-ci au sens large (incluant les migrations intérieures), les taux de premières admissions pour toutes les psychoses, pour la démence précoce, et probablement pour les psychoses artériosclérotiques et séniles, sont de façon appréciable supérieurs chez les migrants. Ceci est également vrai des psychoses maniaco-dépressives en ce qui concerne les femmes de race blanche.

3. — *Même groupe d'origine, milieu différent*

Avec l'étude différentielle des taux d'incidence dans divers milieux récepteurs, à groupe d'origine constant, le débat se trouve posé au cœur même des problèmes généraux de psychopathologie de la transplantation. Les études, qui supposent des enquêtes doubles et parallèles, sont malheureusement peu nombreuses.

E. C. SPITZKA (1880) fait mention, dans le travail déjà cité, de l'incidence différente d'une génération à l'autre, pour un groupe donné, d'un type d'affection donné. C'est ainsi que les mélancolies aiguës curables, qui représentent 16 % des admissions pour les malades d'origine allemande de première génération, se montent à 26 % à la seconde génération. Inversement les « démences terminales » sont deux fois plus fréquentes chez les Irlandais de naissance immigrés que chez les descendants d'Irlandais de seconde génération. Il s'agit là d'un type de recherches (incidence suivant la génération) sur lequel nous aurons l'occasion de revenir plus bas.

Ces différences n'apparaissent d'ailleurs pas évidentes à J. KOREN (1904, déjà cité) qui, par contre, insiste sur les différences des taux d'incidence des divers groupes d'origine aux U. S. A. par rapport à ceux relevés dans leurs pays d'origine.

De fait, c'est à O. ODEGAARD (1932) que l'on doit l'étude la plus sérieuse de ce type de problème, menée simultanément dans le Minnesota sur la population d'origine norvégienne et en Norvège même. Les taux d'incidence pour

100.000, calculés par décade pour la période 1889-1929 après correction de l'erreur due aux réinternements, sont nettement plus élevés pour la population émigrée aux Etats-Unis, la population autochtone du Minnesota présentant par ailleurs des taux d'incidence supérieurs à ceux relevés pour la population norvégienne autochtone. Rapportés pour chaque décade à l'indice 100 caractéristique de la population d'origine norvégienne du Minnesota, les taux caractéristiques de ces trois groupes d'origine s'établissent comme suit (tableau VIII). Quelle que soit la complexité des facteurs de distorsion intervenant dans la détermination de ces taux d'incidence (en particulier l'asynchronisme d'évolution de l'appareil d'assistance dans les deux pays), il paraît impossible à l'auteur de leur rapporter l'intégralité des différences constatées.

TABLEAU VIII

TAUX DIFFÉRENTIELS D'INCIDENCE PSYCHOPATHOLOGIQUE
POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES DE LA NORVÈGE
ET DE L'ÉTAT DU MINNESOTA,
ET POUR LA POPULATION D'ORIGINE NORVÉGIENNE IMMIGRÉE AU MINNESOTA
D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

(Les indices, établis à partir des statistiques d'établissements publics d'assistance, sont rapportés à l'indice 100 caractéristique pour chaque décade de la population d'origine norvégienne immigrée au Minnesota.)

	1889-1899	1899-1909	1909-1919	1919-1929
Immigrés norvégiens au Minnesota	100,00	100,00	100,00	100,00
Population autochtone Minnesota	67,46	68,34	78,40	75,44
Population autochtone Norvège.	38,91	49,50	50,69	58,37
Différence entre les deux derniers groupes	28,55	19,84	19,71	17,07

Rappelons enfin le travail de B. M. WEDGE (1952), analysé ci-dessus, qui envisage les différences des taux de morbidité pour les originaires d'Okinawa immigrés à Hawaii et pour les autochtones du même groupe. Les conclusions de cette analyse, moins poussée que la précédente, vont, nous l'avons vu, dans le même sens.

4. — Même milieu, transplantation intérieure

Si le travail de H. GIRARD DE CAILLEUX (1863) fait mention des migrations intérieures, les interprétations fournies restent dans la tradition constitutionnaliste de l'époque.

En fait, c'est, semble-t-il, GIRAUD et MALFILATRE (1892), qui, dans une perspective remarquable pour l'époque, abordent pour la première fois le problème des migrations intérieures. Etudiant la provenance des malades

entrés dans les hôpitaux psychiatriques du département de la Seine-Maritime (Asiles de Quatre-Mares et Saint-Yon), ils dégagent les principes méthodologiques de ce type d'études et mettent en relief l'importance, pour la détermination des taux d'incidence morbide, des migrations rurales urbanipètes caractéristiques des bouleversements sociaux entraînés dans le département par le développement des entreprises industrielles. Sur 171 malades nés dans l'arrondissement de Dieppe et présents à l'Asile au 1^{er} janvier 1891, 79 seulement étaient restés au lieu de leur naissance. Sur 73 cas (58 hommes, 15 femmes) de « folie alcoolique » ayant leur domicile de secours à Rouen, 12 seulement (10 hommes, 2 femmes) étaient nés sur place. « Si nous prenons le cadre des vésanies, nous voyons qu'un peu moins du tiers des malades admis, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, avaient conservé leur domicile à leur lieu de naissance; les deux autres tiers avaient quitté leur commune d'origine. Au Havre et à Elbeuf, le nombre des vésaniques nés hors du département l'emporte même de beaucoup sur celui des vésaniques originaires de la ville. » (*Loc. cit.*, p. 369.)

J. W. ROBERTSON (1903, déjà cité) discute lui aussi la part revenant au phénomène migratoire dans la détermination des hauts indices d'incidence morbide observés chez les étrangers immigrés. Après avoir fait remarquer que les étrangers, qui représentent 25 % de la population californienne totale, entrent pour 57 % dans les effectifs asilaires, alors que les 50 % de la population totale née dans l'état ne représentent que 17 % des malades mentaux, il calcule que les 25 % de citoyens américains de naissance, nés en dehors des limites de l'état de Californie (donc ayant subi une transplantation, mais n'étant pas d'origine étrangère) et résidant alors en Californie, contribuent à raison de 26 % à la population asilaire totale, affectant ainsi un taux de morbidité supérieur à celui de la population californienne autochtone. Ce travail, qui a de plus le mérite d'être le premier où mention soit faite des distorsions imputables aux distributions d'âge, pose ainsi clairement le problème des facteurs écologiques sur la base de données d'observation.

C'est également sur un matériel statistique d'origine californienne que A. J. ROSANOFF (1915) base son travail. Le taux d'admissions psychiatriques pour les Californiens autochtones est de 70,7 pour 100.000, contre 183,8 pour les sujets nés dans l'état de New York et installés en Californie.

B. MALZBERG (*Rates of Mental Disease among certain Population Groups in New York State*, 1936), étudiant les premières entrées psychiatriques des sujets de race blanche dans l'état de New York pour les trois années 1929-1931, met en évidence chez les Blancs de naissance américaine émigrant vers l'état de New York en provenance d'un autre état de l'Union un taux de premières admissions trois fois et demie plus élevé que celui des Blancs autochtones de l'état de New York (respectivement 156,9 et 44,6 pour 100.000 par an). Des résultats analogues sont obtenus à partir de l'analyse des premières entrées de sujets noirs effectuée dans les mêmes conditions (*Migration and Mental Disease among Negroes in New York State*, 1936). Les taux de premières entrées de sujets de race noire nés dans l'état de New York sont à ceux des malades du même groupe nés dans un autre état dans un rapport de 1 à 4,7 (respectivement 40 et 186,2 pour 100.000 par an). Nous verrons plus bas les discussions que, dans une publication ultérieure (1955), l'auteur est amené à tenter au sujet de ces migrations intérieures et des difficultés pratiques qu'en suppose l'étude statistique. Mais il est surtout intéressant de noter que c'est à partir des résultats obtenus par l'étude de ces migrations

intérieures que l'auteur a été amené à réviser son point de vue initial sur l'importance du facteur migratoire dans la détermination des taux d'incidence psychopathologique.

Dans un travail récent (B. MALZBERG et E. LEE, 1956), il revient d'ailleurs sur la question, publiant des courbes représentatives des taux de premières entrées pour 100.000 par an dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York (période 1939-1941), respectivement pour les sujets nés dans l'état de New York, dans un autre état de l'Union et dans un point situé en dehors des frontières territoriales des Etats-Unis. A partir de ces taux, les auteurs sont amenés à conclure que « sauf en ce qui concerne la démence précoce, les taux de premières admissions des migrants de nationalité américaine (migration d'état à état) sont supérieurs, souvent de façon importante, à ceux des immigrants d'origine étrangère ».

Nous rappellerons enfin pour mémoire les taux différentiels d'entrées publiés par A. et H. TORRUBIA (1955) à partir de l'étude de 11.175 entrées enregistrées au Service des admissions des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Ces taux, qui ont été rapportés plus haut, affectent des différences du même ordre que celles relevées par MALZBERG.

5. — *Même milieu, transplantation double*

La morbidité des populations antérieurement émigrées, puis réimmigrées dans un second temps dans leur milieu d'origine, a fait l'objet de quelques études qui sont pratiquement toutes l'œuvre de l'école psychiatrique norvégienne, et concernent l'émigration temporaire norvégienne aux Etats-Unis.

H. ARNESEN (1917), étudiant les 473 premières admissions à l'asile de Valen (secteur ouest de la Norvège), trouve que le pourcentage de malades ayant émigré à une époque quelconque aux Etats-Unis est de l'ordre de 8 %, ce qui lui apparaît supposer un taux d'incidence supérieur à celui de la population totale.

L. MELSOM (1924) reprend le problème à partir d'une population plus étendue de 664 premières admissions masculines à l'asile d'Eg (secteur sud-ouest de la Norvège) relatives aux années 1910 à 1923. Pour les deux cantons (Austagder et Vestagder) drainés par cet établissement d'assistance, les pourcentages d'entrées pour la population ex-émigrée sont respectivement de 13,17 et 27,3 contre 3,23 et 7,81 dans la population totale. Ces données sont fournies sans aucune correction.

Reprenant le matériel statistique de MELSOM, O. ODEGAARD (1932) effectue la correction des distributions d'âge. Il s'avère ainsi que la population ex-émigrante, qui représente 6,5 % de la population totale, fournit 13,38 % des admissions. La différence des taux d'incidence, respectivement pour la population ex-migrante et non émigrante de $133,84 \pm 6,66$ pour 100.000 par an, et de $60,25 \pm 3,67$, est de $73,59 \pm 7,61$, donc nettement significative.

III. — Les indices pondérés

Avec l'introduction des facteurs de pondération dans le calcul des taux et indices de morbidité, l'étude statistique descriptive indicielle des problèmes de psychopathologie de la transplantation a acquis tout à la fois une précision considérablement accrue et une complexité singulière. La mise en évidence

dans les calculs de la distorsion imputable à de nombreux facteurs connexes contraignait les auteurs à prendre en considération l'intervention de paramètres démographiques généraux dont avaient pu apparaître à l'origine assez contingents les rapports avec les phénomènes étudiés. En même temps qu'il gagnait en précision dans l'étude analytique des phénomènes, ce type de recherches statistiques psychiatriques s'orientait donc vers les techniques de la statistique démographique générale, d'autant que la détermination des paramètres de pondération supposait elle-même la connaissance préalable d'autres variables. Inversement, il va sans dire qu'une fois lancées dans cette voie, les recherches sont rapidement limitées par la précision qu'il est raisonnablement permis d'accorder à l'information disponible. D'une part, les diverses situations étudiées se différencient assez nettement à l'analyse par leurs caractéristiques particulières, rendant souvent ardue l'élaboration d'un rapport indiciel. D'autre part, et surtout, de telles études ne sont possibles que dans la mesure où l'infrastructure administrative est suffisamment dense pour fournir, à un niveau de précision acceptable, le matériel statistique nécessaire à ces pondérations en chaîne. De fait, ce type de recherches, qui représente une somme de travail considérable, est presque essentiellement l'œuvre de l'école américaine qui a pu disposer, dès le début du siècle, de quelques équipes spécialisées.

L'élaboration de ces corrections multiples n'a pas été le résultat de l'application d'une méthode de recherche déterminée *a priori*. Elles sont tout au contraire le fruit de constatations faites au hasard d'expériences concrètes, de recherches relatives à tels ou tels groupes. Bien que ce mode d'exposition soit quelque peu fastidieux et prête à des redites, il nous est donc apparu indispensable d'en présenter le développement en fonction des caractères étudiés.

1. — Distributions d'âges

J. W. ROBERTSON (1903) paraît avoir été l'un des premiers à signaler, dans l'étude analysée plus haut, l'importance des différences dans les distributions d'âges entre les différents types de populations comparés.

J. KOREN (1904), dans l'enquête qu'il effectue en 1904 à partir des statistiques officielles d'hospitalisation de malades mentaux pour le compte du *Department of Commerce and Labor*, introduit pour la première fois une correction de ce type en excluant de ses échantillons, pour les calculs d'indices, les classes d'âges inférieurs à dix ans. Compte tenu du matériel utilisé, cette correction est d'ailleurs généralement tenue pour insuffisante.

En fait, c'est A. F. KILBOURNE (1906-1908) qui, dans son rapport sur le fonctionnement du Rochester State Hospital (Minnesota), paraît avoir été le premier à introduire une correction réellement adaptée à la dissimilitude des distributions d'âges des échantillons étudiés. Il exclut systématiquement de ses échantillons les classes d'âges inférieurs à vingt ans. L'indice démographique brut, que nous avons mentionné ci-dessus, et qui fait état de 56 % de sujets d'origine étrangère dans la population asilaire, contre 28,8 % dans la population totale, se trouve ainsi ramené à 56 % contre 50 %. De plus, les taux d'incidence différentielle pour les divers groupes d'origine européenne se trouvent ramenés à des valeurs très voisines.

J. A. HILL (1910), auteur d'une seconde enquête effectuée pour le compte du *Department of Commerce and Labor*, se livre à une étude systématique de la distorsion due aux dissimilitudes de distributions d'âges et codifie les

deux principales méthodes de pondération qui seront utilisées ultérieurement par divers auteurs. La première consiste à établir des rapports particuliers pour chaque classe d'âges et à étudier les tendances des indices obtenus pour chaque tranche d'effectifs, ce qui nécessite une discussion secondaire tenant compte des caractéristiques de la pyramide des âges pour chacun des échantillons étudiés. La seconde méthode, qui fournit des résultats directement utilisables, consiste à opérer une redistribution des effectifs des échantillons comparés en fonction d'une distribution standard des effectifs d'âges. Toute distorsion due aux distributions d'âges est ainsi exclue des calculs des indices.

En utilisant cette « méthode de la population standard », l'auteur parvient ainsi à des corrections très importantes. Le taux d'entrées pour 100.000 par an calculé par lui, qui est de 116,3 pour la population d'origine étrangère contre 57,9 pour la population autochtone, s'établit ainsi, après corrections, à 70 contre 57,9.

En dépit de ces résultats frappants, H. M. POLLOCK (1912), bien que mentionnant l'importance du facteur âge, néglige toute correction.

H. M. SWIFT (1913) exclut les classes d'âges inférieurs à quinze ans. Le taux d'incidence reste supérieur pour les sujets d'origine étrangère.

POLLOCK et NOLAN (1919), dans leur étude déjà mentionnée des 9.124 premières admissions pour démenée précoce enregistrées dans les hôpitaux de l'état de New York pour les années 1912-1918, utilisent la méthode de comparaison classe par classe. La différence des taux d'incidence pour les populations d'origine étrangère et autochtone, bien que moins marquée qu'avec les indices globaux, n'en est pas moins importante, comme il apparaît dans le tableau ci-dessous (tableau IX).

TABLEAU IX

ESTIMATION PAR TRANCHES D'ÂGES DES TAUX DIFFÉRENTIELS D'INCIDENCE
POUR LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES
DANS LA POPULATION AUTOCHTONE ET LA POPULATION D'ORIGINE ÉTRANGÈRE
(HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE L'ÉTAT DE NEW YORK, ANNÉES 1912-1918)

D'après POLLOCK et NOLAN (1919)

CLASSE D'ÂGE	AUTOCHTONES	SUJETS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE
15-19	71,0	134,2
20-24	173,1	241,8
25-29	199,4	283,6
30-34	176,2	237,0
35-39	149,0	214,1
40-44	111,8	151,5
45-49	85,6	112,4
50-54	52,1	83,0

Le travail de O. ODEGAARD (1932), déjà cité, fait une large utilisation de la méthode de la population standard, parmi d'autres techniques de pondération. Dans le cas particulier, les recherches concernant une assez longue période chronologique (quarante ans), marquée par des variations démographiques importantes et asynchrones dans les diverses aires d'observation, les corrections sont effectuées décade par décade.

B. MALZBERG (1936), étudiant les premières admissions de malades « blancs » dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York pour les années 1929, 1930 et 1931, dégage des taux d'admission pour 100.000 respectivement de 58,7 pour les autochtones et de 115,1 pour les malades d'origine étrangère, soit une différence de l'ordre du simple au double. Après une correction élémentaire réduite à l'omission des classes d'âges inférieurs ou égaux à quinze ans, cette différence tombe à 20 % environ.

Dans sa vaste analyse des 89.190 admissions enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques du Massachusetts entre 1917 et 1933, N. A. DAYTON (1940) utilise la méthode d'étude fractionnée des tendances par classe d'âge. La distribution présentée est celle par classes de dix ans des taux d'incidence pour 100.000 pour l'ensemble de la population étudiée. Les populations de référence sont estimées d'après la moyenne des chiffres fournis par les recensements de 1920 et 1930. Quatre sous-groupes sont considérés : sujets d'origine étrangère (*foreign born*), sujets de naissance américaine mais nés de parents étrangers (*native born of foreign parentage*), nationaux de parenté mixte (*native born of mixed parentage*), et nationaux de parenté autochtone (*native born of native parentage*). Les taux pour chaque sexe sont en gros décroissants suivant l'ordre d'énumération ci-dessus, mais des différences assez sensibles interviennent suivant la classe d'âge considérée, tant dans les valeurs absolues que dans l'ordonnance hiérarchique des divers groupes. Tel est du moins l'ordre observé pour la population de premières admissions cataloguées « avec trouble mental ». L'ordre des facteurs est assez différent selon que l'on utilise la population des premières admissions cataloguées « sans trouble mental », ou des réinternements avec ou sans trouble mental, et la distribution des taux d'incidence suivant la classe d'âge considérée est chaque fois nettement différente.

C'est une distribution très réduite, qui s'apparente à la méthode d'analyse par classes, qui est utilisée par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1954-1955-1957) pour la pondération des indices de la population nord-africaine transplantée, en raison des caractères particuliers de la population étudiée.

Les distributions d'âges interviennent également dans les calculs de corrélations partielles utilisés pour l'étude des taux d'incidence dans divers comtés canadiens (BUCK, WANKLIN et HOBBS, 1955; WANKLIN, FLEMING, BUCK et HOBBS, 1955, voir ci-dessous).

B. MALZBERG (1956), dans son étude déjà citée sur les immigrés d'origine portoricaine dans l'état de New York, met lui aussi en évidence une importante distorsion due à la dissimilitude des distributions d'âges. Les taux annuels moyens pour 100.000 des premières admissions, de 157,7 pour les Portoricains contre 144,5 pour la population générale de référence, passent respectivement après correction à 239,3 contre 185,5.

B. MALZBERG et E. LEE (1956) utilisent surtout la comparaison de taux spécifiques par classes d'âges, réservant la méthode de la population standard (basée sur la population globale de l'état de New York pour l'année

1940) à l'établissement d'indices de synthèse. Ils discutent à cette occasion la légitimité de cette dernière méthode de pondération au regard de certaines modalités de recherches.

2. — Sexe

L'importance des corrections à effectuer suivant la distribution par sexe de la population étudiée est largement exposée par J. A. HILL (1910, déjà cité) qui fait remarquer que les taux d'incidence sont plus élevés dans toutes les classes d'âges chez les hommes que chez les femmes. Les statistiques qu'il utilise font d'ailleurs apparaître une différence supérieure chez les autochtones (64 contre 51,7) à celle relevée chez les sujets d'origine étrangère (117,5 contre 114,5). Le rapport est cependant inversé, dans les statistiques utilisées, pour certaines aires géographiques, où la population féminine affecte des taux d'incidence supérieurs.

Les tables d'incidence publiées par H. M. POLLOCK et B. MALZBERG (1928-1929) relativement à l'état de New York pour l'année 1920 font apparaître, en fonction de l'âge et de l'origine géographique, des différences très nettes suivant le sexe considéré (voir graphique A).

Les mêmes conclusions générales sont dégagées par O. ODEGAARD (1932) qui publie le tableau suivant des taux d'admissions pour 100.000 de la population féminine rapportés aux taux analogues pour la population masculine pris comme indice 100 (ou taux d'admission pour la population féminine exprimés en pourcentages des taux analogues pour la population masculine). [Les indices sont calculés après pondération des distributions d'âges par la méthode de la population standard, d'où la dissimilitude des taux caractéristiques des Norvégiens immigrés pour les deux types de rapports.] (Tableau X.)

TABLEAU X

TAUX D'ADMISSIONS POUR LA POPULATION FÉMININE EXPRIMÉS EN POURCENTAGES
DES TAUX ANALOGUES POUR LA POPULATION MASCULINE,
APRÈS PONDÉRATION DES DISTRIBUTIONS D'ÂGE

D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

	1889-1899	1899-1909	1909-1919	1919-1929
Norvégiens immigrés au Minnesota	92,3	86,3	81,9	92,2
Autochtones du Minnesota	75,2	77,1	70,5	79,0
Norvégiens immigrés au Minnesota	106,1	97,5	95,2	98,0
Norvégiens de Norvège	81,3	84,3	87,8	88,7

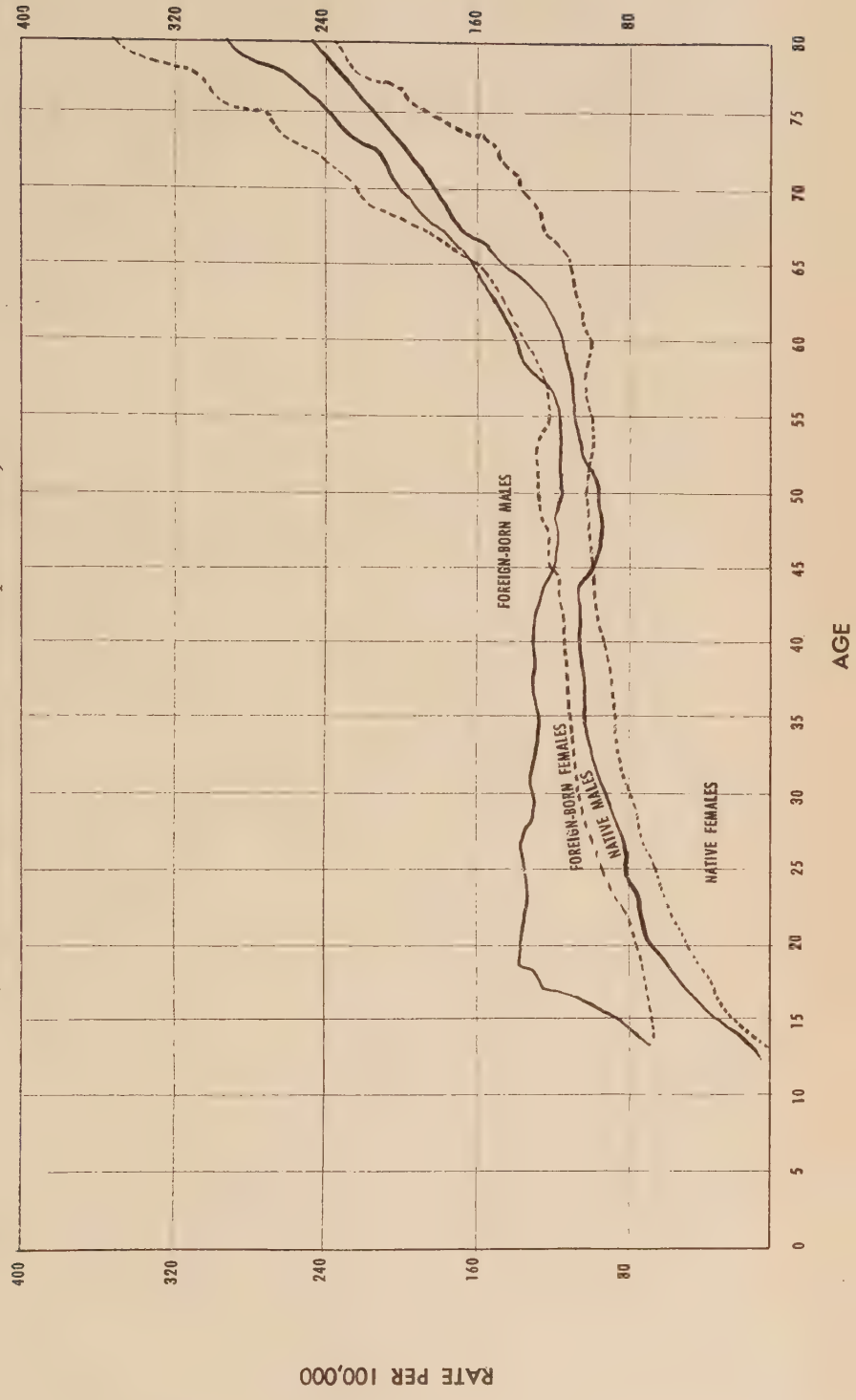
C. LANDIS et J.-D. PAGE (1938) insistent également sur l'importance de ce facteur.

GRAPHIQUE A

TAUX POUR 100.000 DE MALADIES MENTALES
EN FONCTION DU SEXE, DE L'AGE ET DE L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE
(ÉTAT DE NEW YORK, ANNÉE 1920)

D'après H. M. POLLOCK et B. MALZBERG (1928-1929)

(Par autorisation de *Utica State Hospital Press.*)



Les taux d'incidence calculés par tranches d'âges par N. A. DAYTON (1940, déjà cité) pour les quatre catégories d'admissions considérées (premières admissions et réadmissions, avec ou sans trouble mental) varient considérablement suivant le sexe, tant par leurs valeurs absolues que par leurs distributions partielles par classes d'âges, l'ordonnement hiérarchique des taux caractéristiques des quatre sous-populations considérées (*foreign*, *native-foreign*, *native-mixed*, *native-native*, voir ci-dessus) variant lui-même d'un sexe à l'autre.

L'étude effectuée par WANKLIN, FLEMING, BUCK et HOBBS (1955) des 1.983 premières admissions enregistrées entre 1950 et 1952 dans deux hôpitaux psychiatriques de l'Ontario occidental (Canada) fait également ressortir une dissimilitude des taux d'incidence suivant le sexe dans la population immigrée, la population masculine se caractérisant par des taux plus importants.

3. — *Le statut matrimonial*

Le statut matrimonial, considéré comme facteur de distorsion des statistiques utilisées, n'a, à vrai dire, guère fait l'objet que de quelques mentions, en ce qui concerne les populations psychopathologiques transplantées. Il ne semble pas que, en raison de la structure du matériel étudié, il ait été possible d'appréhender systématiquement l'incidence de ce facteur. Il s'agit beaucoup plus de mentions, par analogie avec d'autres études statistiques systématiques ne concernant pas les populations migrantes.

O. ODEGAARD (1932), par le calcul de la distribution par statut matrimonial espérée à partir de la distribution globale de la population des Etats-Unis (calcul complexe dont il n'expose d'ailleurs pas la technique *in extenso*), relève une certaine prépondérance de célibataires (hommes et femmes) chez les malades immigrés d'origine norvégienne admis pour démence sénile et artériosclérose. Ces différences, exposées sans niveau de signification, sont rattachées par l'auteur à l'isolement social des patients, précipitant l'admission.

B. MALZBERG (1936) envisage l'erreur due à ce facteur dans la détermination de l'écart relevé entre les taux de premières admissions dans l'état de New York des étrangers et des autochtones de race blanche.

En fait, c'est surtout N. A. DAYTON (1940, *op. cit.*) qui étudie systématiquement pour les quatre catégories d'origine considérées (voir ci-dessus) la distribution par statut matrimonial à cinq caractères (célibataire, marié, veuf, divorcé, séparé). La distribution des taux d'une catégorie à l'autre et à l'intérieur d'une même catégorie varie notablement. Une constatation assez paradoxale est l'importance relative des taux de mariages dans la catégorie *foreign* à fort taux d'incidence morbide, et parallèlement la relative faiblesse de ces taux pour la catégorie *native-native* à faible taux d'incidence. La liaison mise en évidence par la plupart des études de cet ordre faites sur des populations globales étant en général inverse (les catégories à fort taux de mariage présentant de faibles taux d'incidence), il semblerait que la pondération dût ici jouer à l'opposé, dans le sens d'une majoration, et non d'une réduction de l'écart entre les taux d'incidence caractéristiques des populations immigrée et autochtone. Par ailleurs les proportions de mariages rompus (séparation et divorce), qui sont sensiblement identiques chez les immigrés à statut étranger et les naturalisés, semblent varier avec le délai d'apparition des troubles mentaux après l'immigration, sans qu'il soit entièrement possible de réduire cette différence à une distorsion des distri-

butions d'âges. Nous aurons à revenir sur ces résultats qui permettent d'entrevoir une interprétation de certaines différences entre les conclusions des travaux américains et celles d'études d'autre origine.

Dans le travail déjà cité, H. B. M. MURPHY (1955) discute les distorsions éventuelles imputables aux différences de statut matrimonial avec la population anglaise réceptrice dans le cas très particulier des « travailleurs volontaires étrangers » (personnes déplacées réinstallées en Grande-Bretagne après la guerre) pour lesquels le statut matrimonial constituait un critère important d'admission à l'immigration. Même en admettant l'introduction de ce fait d'une erreur systématique considérable (de l'ordre de 1/4) dans le calcul des taux d'admissions, les différences relevées par rapport à la population britannique globale restent très importantes.

La technique des corrélations partielles utilisée pour l'étude des taux d'incidence dans l'Ontario occidental (BUCK, WANKLIN et HOBBS, 1955; WANKLIN, FLEMING, BUCK et HOBBS, 1955) fait également intervenir, entre de nombreux autres caractères, le statut matrimonial.

4. — Le niveau économique

Le niveau économique des populations étudiées, en raison des multiples facteurs secondaires qu'il sous-tend, n'a pas été sans faire l'objet de remarques de nombreux auteurs. C'est malheureusement un paramètre difficile à définir statistiquement, et encore plus difficile à appréhender de façon utilisable.

M. WALDMANN (1914) insiste sur son importance dans une constellation de facteurs écologiques divers, mais ne cherche pas à en fournir une évaluation utilisable.

O. ODEGAARD (1932) publie la distribution par grandes catégories professionnelles de son matériel, mais ne peut l'exploiter en raison de l'absence de statistiques de référence.

B. MALZBERG (1936, travail cité) met entre autres sur le compte de pondérations socio-économiques impossibles l'écart résiduel, après correction, des taux d'incidence caractéristiques des populations transplantées et autochtones, conclusion d'ailleurs probablement excessive et que l'auteur lui-même semble avoir abandonnée par la suite.

DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1954-1955) insistent sur la dissimilitude des distributions par catégories socio-économiques de la population nord-africaine masculine immigrée qu'ils étudient et des populations asilaires transplantée et non transplantée globales.

H. B. M. MURPHY (1955) publie la répartition par professions des personnes déplacées bénéficiant de l'assistance de l'*Organisation internationale des réfugiés*, comparativement à la répartition des personnes employées aux Etats-Unis en 1947.

Ces deux derniers travaux, les seuls à fournir des statistiques différentielles, font ressortir une sous-représentation relative des populations migrantes dans les catégories socio-économiques stables et de haut niveau technique (qui sont également celles pour lesquelles les études d'incidence portant sur des populations globales font ressortir les plus faibles taux d'incidence), la ventilation relative dans les divers types et niveaux d'emploi subissant par ailleurs quelques variations avec le type d'immigration considéré.

5. — Urbanisation

Les possibilités d'erreur dues à l'écart souvent important des taux différentiels d'urbanisation des populations indexées ont été soulignées depuis déjà assez longtemps.

H. GIRARD DE CAILLEUX (1863), qui semble avoir été l'un des premiers à envisager le problème des migrations intérieures, expose une distribution des taux d'incidence (moyennes pour la période 1840-1857), par cantons, pour la totalité du département de l'Yonne. Il insiste sur l'importance de l'incidence dans les agglomérations. Mais l'interprétation qu'il en fournit se borne à envisager « l'émigration dans certains cantons de familles atteintes de ce genre d'affection ».

GIRAUD et MALFILATRE (1892) mettent en relief l'extension de l'émigration rurale urbani-pète et ses effets sur l'incidence morbide dans les centres urbains, affectant notablement les statistiques par lieux de naissance qu'ils publient. Mais ils ne tentent aucune correction.

Dans le remarquable travail déjà cité, A. J. ROSANOFF (1915) insiste sur l'importance de ce facteur et effectue l'une des premières pondérations de ce type. L'indice de morbidité de la population autochtone, une fois corrigé, passe ainsi de 74,1 à 80,8 pour 100.000. Pour parer aux difficultés techniques de réalisations de telles corrections, il propose d'utiliser une « méthode indirecte » de calcul basée sur les taux relatifs à la seule seconde génération (*natives of foreign parentage*). À partir de l'étude de 5.700 admissions dans les hôpitaux psychiatriques de New York enregistrées dans les années 1910-1911, il calcule ainsi un taux d'admissions pour 100.000 de 34,9 pour les immigrés de seconde génération (*natives of foreign parentage*) contre 34,6 pour les autochtones (*natives of native parentage*). Mais il va sans dire que cette correction dépasse son but; nous y reviendrons plus loin.

O. ODEGAARD (1932), dans son calcul des taux d'incidence morbide de la population norvégienne immigrée au Minnesota, rejette assez arbitrairement toute correction en fonction des taux d'urbanisation, correction qui, en raison de l'importance de la fraction rurale de la population considérée, serait de nature à élever ce taux d'incidence par rapport à celui de la population globale sur lequel il est référencié. L'auteur n'en est pas moins amené à faire intervenir le facteur urbanisation dans l'analyse de la répartition des formes nosographiques (chapitre XII). Il se peut que cette discordance participe d'une certaine partialité polémique, à vrai dire fort peu manifeste dans ce travail.

La correction des taux d'urbanisation effectuée par B. MALZBERG (1936), dans son étude sur les premières admissions de sujets de race blanche dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York (1929-1930-1931), fait tomber la différence des taux d'admissions entre sujets d'origine étrangère et autochtones de 20 % qu'elle était après pondération des distributions d'âges à 8 %.

N. A. DAYTON (1940) mentionne également la distorsion imputable aux différences de taux d'urbanisation pour l'aire de prospection qu'il utilise (Massachusetts, 1917-1933). Celle-ci est de l'ordre de 5 % entre *foreign born* et *native-native* contre des écarts globaux de taux d'incidence qui s'échelonnent de 21 à 46 % pour les diverses classes d'âges.

Les recherches les plus récentes, telles celles de B. MALZBERG (*The Distribution of Mental Disease in New York State, 1949-1951; 1955*) insistent d'ailleurs sur la complexité de ce facteur que viennent encore compliquer pour

les périodes récentes, et au moins aux Etats-Unis, des mouvements migratoires urbanifuges à court rayon, caractéristiques des classes socio-économiques élevées, perturbant les taux d'incidence. Le facteur géographique « urbanisation » tend ainsi de plus en plus à recouvrir le facteur économique « prolétarisation industrielle ».

6. — *Industrialisation*

C'est sans doute dans ce contexte qu'il faut définir ce facteur « industrialisation » que BUCK, WANKLIN et HOBBS (Canada, 1955) donnent, apparemment faute d'un meilleur terme, comme commun dénominateur à une série de facteurs (dont l'importance de la population immigrée) liés à des taux de morbidité importants.

7. — *Hospitalisation*

La nécessité pratique de travailler sur des statistiques de morbidité institutionnalisée a amené depuis longtemps les auteurs à analyser l'influence des modalités organiques de fonctionnement des appareils d'assistance utilisés sur l'incidence psychopathologique observée, et à tenter d'établir des corrections en rapport.

Dans le travail déjà cité, H. GIRARD DE CAILLEUX (1863) met en relief l'importance, dans la détermination des taux d'incidence, des facilités de communication des divers cantons du département de l'Yonne avec l'asile d'Auxerre.

A. O. WRIGHT (1884), étudiant la distribution géographique des maladies mentales aux Etats-Unis, insiste, sans cependant les rapporter à la dissimilitude des infrastructures d'assistance, sur les différences observées dans les taux d'incidence morbide entre les divers états, et tout particulièrement entre les fronts pionniers et les vieux états coloniaux. Ce taux, qui est de 1 malade pour 350 habitants dans le Massachusetts est alors de 1 pour 1.900 dans le Colorado. Le recensement de 1880 met en évidence dans un état comme le Wisconsin un taux d'incidence pour les comtés à développement socio-économique avancé supérieur à celui qu'accusent les comtés pionniers septentrionaux.

J. A. HILL (1910), dans son étude déjà citée, fait remarquer qu'il existe une importante différence dans l'équipement psychiatrique entre les états du Sud des Etats-Unis, où les établissements d'assistance sont peu nombreux et par conséquent les taux d'incidence administrative peu élevés, et les états surpeuplés du Nord-Est où l'incidence enregistrée est élevée. Or, la population de race blanche du Sud est en majorité d'origine autochtone, alors que les effectifs immigrés sont surtout concentrés dans les états industriels du Nord-Est. Les taux d'incidence relatifs aux immigrés calculés sur l'ensemble des U. S. A. sont ainsi majorés artificiellement.

O. ODEGAARD (1932), dans l'élaboration des indices différentiels d'incidence qu'il publie relativement à la population norvégienne immigrée au Minnesota et à la population norvégienne autochtone, est amené à discuter l'influence éventuelle de ce facteur qui, compte tenu de la structure des appareils d'assistance des deux aires d'observation considérées et des réactions des populations étudiées, ne lui paraît pas déterminant. Il doit cependant faire la part, dans l'interprétation de certaines fluctuations observées au cours de l'assez longue période étudiée (1889-1929), de l'asynchronisme d'évolution des deux appareils d'assistance sur lesquels repose son échantillonnage.

N. A. DAYTON (1940) insiste lui aussi sur l'intervention de ce facteur de distorsion. C'est d'ailleurs moins à son avis l'intervention des organismes d'assistance du secteur privé (qui ne totalisent que 2 % des hospitalisations pour l'état du Massachusetts entre 1917 et 1933), coûteux et surtout fréquentés par les autochtones, qui risque de perturber les évaluations, que l'inégale importance des mécanismes compensatoires d'ordre social tenant à la structure et aux caractéristiques générales des deux types de populations, autochtone et immigrée. La moindre tolérance sociale à l'égard de la maladie mentale caractéristique de ce dernier groupe, et en partie au moins en rapport avec des facteurs économiques, entraîne un recours plus fréquent et plus précoce aux organismes d'assistance, qui influence directement les statistiques d'incidence.

L'une des rares études systématiques que nous possédions de ce paramètre (BUCK, WANKLIN et HOBBS, 1955; WANKLIN, FLEMING, BUCK et HOBBS, 1955), effectuée au Canada, laisse cependant à penser que l'intervention de ce facteur de distorsion n'est pas, dans la détermination des rapports indiciels concernant les populations transplantées, toujours aussi déterminante que vis-à-vis d'autres situations, et qu'elle n'est peut-être pas aussi systématique qu'on avait été amené à le penser.

APPORTS DE LA TECHNIQUE DES INDICES PONDÉRÉS

Après avoir envisagé l'importance respective de ces divers facteurs, il n'est pas sans intérêt de reprendre quelques-unes des principales applications concrètes qui ont été faites des techniques de pondération à des situations particulières.

1. — *La prévision*

Il nous faut tout d'abord citer ici quelques études prévisionnelles relatives au développement de l'incidence morbide pour certains types de populations transplantées.

H. M. POLLOCK et B. MALZBERG (1928-1929), à partir des admissions psychiatriques dans l'état de New York pour les années 1919-1920-1921 (rapportées à 1920, année du recensement), et avec quelques estimations extrapolées, établissent une table d'espérance à la maladie mentale pour chaque âge de la vie, en fonction de la mortalité par âges, de la distribution par âges de la population totale, de la distribution par âges de l'incidence morbide, du sexe et du lieu de naissance (à deux caractères : *foreign born* et *native born*). La probabilité de maladies mentales ainsi dégagée est plus élevée pour les sujets d'origine étrangère à tous les âges de la vie (cf. graphique B).

B. MALZBERG (1956), en appendice à son étude déjà citée sur les immigrants portoricains de l'état de New York, tente une estimation globale de la probabilité d'incidence durant la première génération pour cette population, d'après les taux moyens annuels de premières admissions de Portoricains pour les années 1949 à 1951, et les taux de décès pour l'année 1950. Le taux d'espérance à la maladie mentale à la première génération s'établit ainsi, pour les sujets masculins d'origine portoricaine, à 158,4 pour 1.000, et pour les femmes à 165,3 pour 1.000. On ne possède pas d'estimation identique relative à la même période pour la population générale de référence. Néanmoins, les estimations relatives à l'année 1940 donnant respectivement pour les hommes et pour les femmes des taux de 80,5 et 82 pour 1.000, l'auteur est d'avis qu'ils peuvent être estimés aux environs de 100 pour 1.000.

TABLEAU XI

TAUX PONDÉRÉS D'INCIDENCE POUR 100.000 PAR TRANCHES DÉCENNALES
POUR LA PÉRIODE 1889-1929

POPULATION D'ORIGINE NORVÉGIENNE IMMIGRÉE AU MINNESOTA
ET POPULATION AUTOCHTONE DU MINNESOTA

D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

(Les limites de signification mentionnées entre parenthèses représentent en fait les erreurs standards. L'erreur sur les différences au seuil de $P .05$ s'entend pour $2,95 \sigma$ [voir loc. cit., p. 70].)

	1889-1899	1899-1909	1909-1919	1919-1929
Taux population immigrée d'origine norvégienne	495,8	496,6	554,6	600,7
Taux population autochtone du Minnesota. . .	338,1	339,3	434,8	457,9
DIFFÉRENCE	157,7 ($\pm 31,4$)	157,3 ($\pm 37,1$)	119,8 ($\pm 42,7$)	142,8 ($\pm 53,1$)

TABLEAU XII

TAUX PONDÉRÉS D'INCIDENCE POUR 100.000 PAR TRANCHES DÉCENNALES
POUR LA PÉRIODE 1889-1929

POPULATION D'ORIGINE NORVÉGIENNE IMMIGRÉE AU MINNESOTA
ET POPULATION AUTOCHTONE DE NORVÈGE

D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

(Les limites de signification mentionnées entre parenthèses représentent en fait les erreurs standards. L'erreur sur les différences au seuil de $P .05$ s'entend pour $2,95 \sigma$ [voir loc. cit., p. 70].)

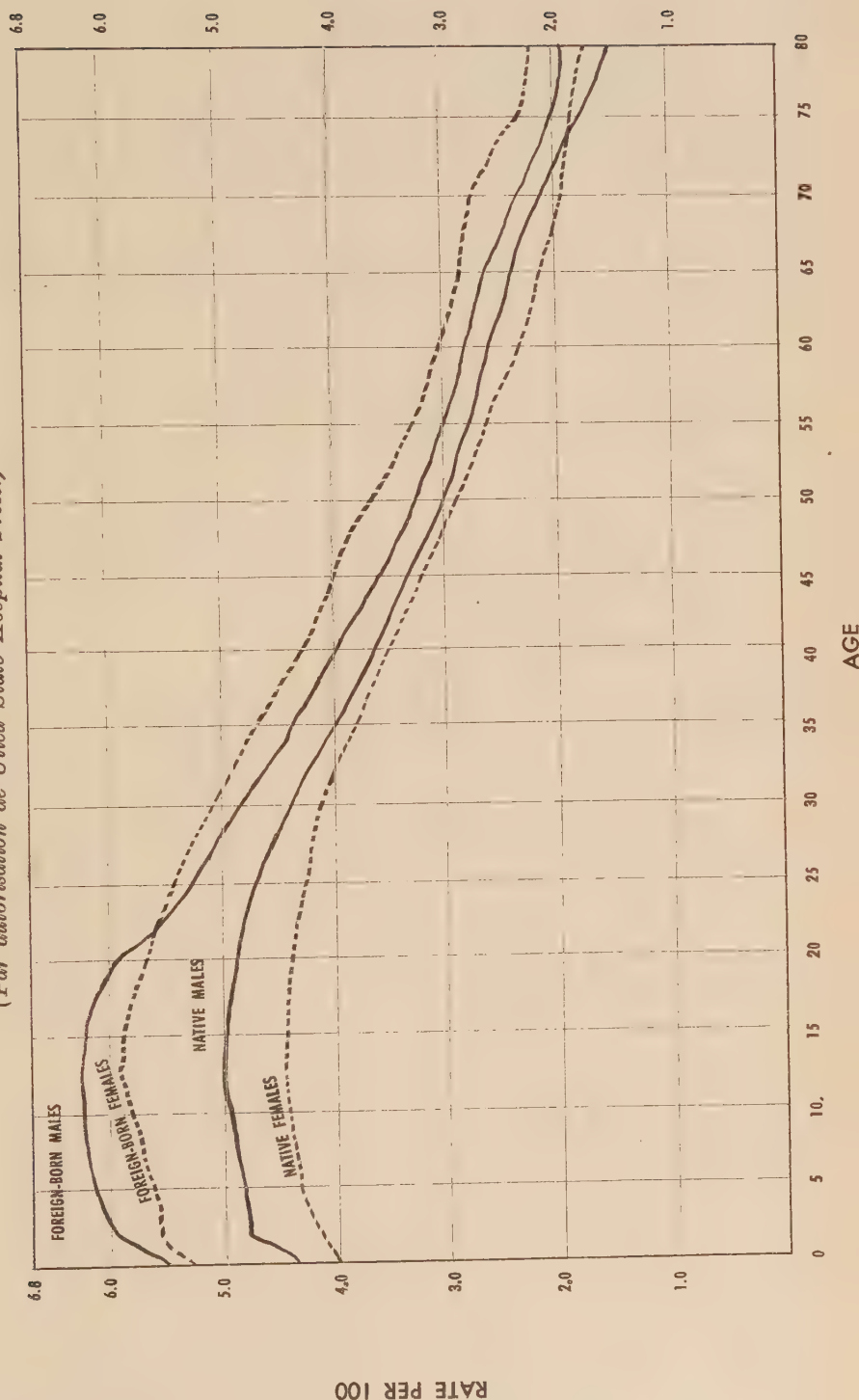
	1889-1899	1899-1909	1909-1919	1919-1929
Norvégiens immigrés au Minnesota	645,4	578,9	575,1	634,9
Population autochtone norvégienne	251,5	280,5	338,0	370,6
DIFFÉRENCE	393,9 ($\pm 37,0$) ²	298,4 ($\pm 37,8$)	237,1 ($\pm 38,7$)	264,3 ($\pm 44,7$)

GRAPHIQUE B

TAUX POUR CENT D'ESPÉRANCE A LA MALADIE MENTALE
EN FONCTION DU SEXE, DE L'ÂGE ET DE L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE
(ÉTAT DE NEW YORK, ANNÉE 1920)

D'après H. M. POLLOCK et B. MALZBERG (1928-1929)

(Par autorisation de *Utica State Hospital Press.*)



2. — La rétorsion des indices

Le travail de J. A. HILL (1910) comporte des pondérations partielles pour les distributions par âge et par sexe que nous avons vues ci-dessus, et discute l'intervention des taux relatifs d'hospitalisation. En dépit de l'avance technique considérable pour son époque marquée par cette enquête, l'auteur se borne à ces résultats partiels qui l'amènent à conclure, après avoir envisagé la part des corrections nécessaires, à la prépondérance néanmoins persistante des taux d'incidence relatifs aux populations immigrées aux Etats-Unis sur ceux des populations autochtones.

Des conclusions analogues sont retenues par O. ODEGAARD (1932) en ce qui concerne la population d'origine norvégienne immigrée au Minnesota. Après pondération des distributions par âge et sexe et discussion des taux différentiels d'urbanisation et d'hospitalisation, les taux d'incidence caractéristiques de la population considérée restent significativement supérieurs à ceux tant de la population autochtone du Minnesota que de la population norvégienne autochtone, comme il apparaît ci-contre (tableaux XI et XII). [Voir ci-dessus, tableau VIII, les taux de la population norvégienne et de la population du Minnesota rapportés aux taux de la population norvégienne immigrée au Minnesota pris comme indice 100.]

L'élégante démonstration opérée par B. MALZBERG (*Mental Disease among Native and Foreign-born Whites in New York State*, 1936) à partir de l'étude des premières admissions enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York dans les années 1929 à 1931 outrepassa assez paradoxalement son but en amenant l'auteur à nier purement et simplement la dissimilitude des échantillons autochtone et immigré en ce qui concerne les taux d'incidence morbide. Les taux moyens d'entrées initiales pour 100.000 pour les sujets de race blanche d'origine étrangère ou autochtone, qui sont respectivement de 115,1 contre 58,7 sans correction, soit un écart du simple au double, n'accusent plus, après correction des distributions d'âges réduite à une simple élimination des classes d'âge inférieures ou égales à quinze ans, qu'un écart de l'ordre de 20 %. Simultanément, l'écart des groupes *native foreign* et *native mixed* au groupe *native native*, respectivement de 15 et 30 %, s'élève après une correction identique respectivement à 34 et 57 %. La différence des taux bruts pour les deux grandes catégories de sujets d'origine étrangère et d'origine autochtone se réduit à nouveau de 20 à 8 % après correction des taux d'urbanisation (par sexe : hommes : 5 % ; femmes : 12 %). Sur le plan nosographique, le rapport des taux entre immigrés et autochtones qui est, pour les psychoses alcooliques et l'artériosclérose cérébrale, de l'ordre de 250 %, tombe à 100 % après correction. De 200 % pour la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive, il tombe à 137 % pour la démence précoce et à 121 % pour la maniaco-dépressive. Les variations résiduelles ainsi observées sont exclusivement rapportées par l'auteur à l'absence de pondérations en ce qui concerne les facteurs socio-économiques et le statut matrimonial. Ces conclusions probablement excessives, qui n'enlèvent rien à la valeur de cette étude, ont d'ailleurs été nuancées dans les publications ultérieures de l'auteur. Le calcul des taux différentiels d'incidence dans le cas de migrations intérieures (*Rates of Mental Disease among certain Population Groups in New York State*, 1936; *Migration and Mental Disease among Negroes in New York State*, 1936) devait en effet ramener MALZBERG à « la reconnaissance de l'importance présumée de la migration intérieure d'état à état en tant que principal facteur contributif à l'incidence en matière de maladies mentales » (MALZBERG et LEE, 1956, p. 39).

La pondération de la distribution d'âges utilisée par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1957) dans l'étude des entrées nord-africaines masculines d'origine musulmane dans le département de la Seine (pondération de fait de la distribution par sexe) fait passer l'indice d'incidence morbide de 2,70 pour 1.000 contre 1,15 pour la population globale à 2,46 contre 1,55. Les écarts restent très largement significatifs ($R = 4,78$, P inférieure à 10^{-5}).

Les techniques employées par N. A. DAYTON (1940) dans son remarquable et monumental travail d'analyse statistique des 89.190 entrées enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques du Massachusetts entre 1917 et 1933 vont très loin dans l'analyse des facteurs de distorsion étudiés ci-dessus, mais, à vrai dire, ce travail est bien plutôt une étude de tendances qu'une élaboration d'indices pondérés. Au niveau de précision atteint par cette analyse, l'indice référencié perd d'ailleurs beaucoup tout à la fois de son sens et de son intérêt.

Il en va de même de l'étude réalisée au Canada par BUCK, WANKLIN et HOBBS (1955) et WANKLIN, FLEMING, BUCK et HOBBS (1955). Le taux d'incidence n'apparaît plus ici que comme un paramètre statistique désentitéifié et imparfait, uniquement utilisé comme point de départ d'une analyse (réalisée ici par la méthode des corrélations partielles) visant à objectiver certaines séquences factorielles dans le cadre d'un déterminisme probabiliste.

A vrai dire, nous atteignons là l'extrême limite des techniques d'analyse des taux de morbidité et ces recherches marquent le passage de la statistique descriptive à la statistique inductive. Par ailleurs, certaines de ces recherches (DAYTON) ressortissent déjà à l'analyse des séries chronologiques, que nous aurons à étudier maintenant.

II. — SERIES CHRONOLOGIQUES

S'il est de fait que certaines distributions étudiées dès le siècle dernier par les anciens auteurs (en particulier les taux différentiels d'incidence en fonction de la génération) ont déjà la valeur d'études de tendance et constituent en quelque sorte le fondement le plus ancien des analyses de séries chronologiques dans le domaine qui nous intéresse ici, c'est en fait presque exclusivement au cours des vingt dernières années qu'a été réuni l'essentiel de la documentation que nous possédons à l'heure actuelle.

Les voies suivies dans l'élaboration des concepts et des techniques sont, s'il se peut, encore moins systématiques que pour tous les travaux déjà étudiés et la convergence des résultats acquis n'en est que plus frappante. Les problèmes étudiés ci-dessous se situent au point de rencontre de courants de recherche très divers : psychiatrie clinique (beaucoup plus que statistique), sociométrie, démographie, et même biologie. A l'énorme prépondérance antérieure de l'école américaine, beaucoup moins active depuis que les problèmes d'immigration ont pratiquement disparu des préoccupations américaines, a succédé dans ces domaines d'acquisition récente un éparpillement géographique considérable des recherches, qui n'est certainement pas l'aspect le moins intéressant de ce courant de tendances.

Mais surtout, le développement de ces recherches a entièrement transformé l'orientation du problème, en introduisant un élément dynamique dans l'analyse des phénomènes abordés. Il est hors de doute que leur développement ultérieur est susceptible d'avoir des répercussions considérables sur l'orientation des principes généraux d'hygiène mentale.

I. — Les tendances

L'étude de la tendance générale de l'incidence morbide dans les différentes phases de l'immigration se trouve avoir débuté assez tôt, et de façon indirecte. L'analyse de l'information extraite des statistiques hospitalières a, dès le siècle dernier, amené les auteurs à établir des taux différentiels en fonction de la génération d'immigrants considérée : première génération (*foreign born*), seconde génération, soit exclusivement issue d'immigrés (*native born of foreign parentage*), soit d'origine mixte (*native born of mixed parentage*), ces taux étant généralement rapportés à ceux de la population autochtone (*native born of native parentage*). Ce n'est que plus tardivement qu'a été abordé le problème de l'incidence en fonction de la durée de séjour, qui nécessitait une information statistique assez différente.

1. — Incidence différentielle en fonction de la génération

E. C. SPITZKA (1880, *loc. cit.*) qui, nous l'avons vu, semble avoir été le premier à établir des taux différentiels d'incidence entre étrangers et autochtones, note également des différences entre immigrés de première et de seconde génération. Il relève en particulier chez les sujets nés aux Etats-Unis de parents d'origine allemande un taux de syndromes mélancoliques sensiblement supérieur à celui des immigrés de première génération de la même origine. Une constatation inverse est faite chez les sujets d'origine irlandaise en ce qui concerne les « démences terminales » (probablement schizophréniques) qui apparaissent deux fois plus fréquentes chez les immigrés de première génération que chez ceux de seconde génération.

J. W. ROBERTSON (1903), à partir de son échantillon psychiatrique de Californie, ne met pas en évidence de différence notable dans les taux d'incidence entre la population transplantée de seconde génération et la population autochtone, alors que la population transplantée de première génération est nettement plus représentée que la population autochtone. Cette conclusion est en général en désaccord avec celles des travaux ultérieurs.

Elle est cependant reprise par J. KOREN (1904) dans les comptes rendus de la première enquête de statistique psychiatrique effectuée pour le compte du *Department of Commerce and Labor*. La comparaison des taux d'incidence caractéristiques des immigrés de seconde génération et des autochtones, après correction réduite des distributions d'âge, ne met pas en évidence de différence sensible, alors que celle-ci est nette entre autochtones et immigrés de première génération.

J. A. HILL (1910), dans la seconde enquête du *Department of Commerce and Labor*, se livre à une analyse beaucoup plus précise et publie les taux différentiels pondérés d'admissions pour 100.000 pour les deux premières générations d'immigrants (pour la seconde génération, les sujets d'ascendance exclusivement étrangère ou d'ascendance mixte sont confondus). Ces taux s'établissent ainsi pour l'ensemble des Etats-Unis (sujets de race blanche) :

- Population autochtone : 56,3;
- Immigrés de seconde génération, d'ascendance étrangère ou mixte : 69,9 (non pondéré : 62,3);
- Immigrés de première génération : 71,8 (non pondéré : 116,3).

Pour les seuls états de l'Ouest, du Nord et du Centre, les taux sont plus élevés en valeur absolue, mais leurs rapports sont sensiblement identiques :

- Population autochtone : 80,6;
- Immigrés de seconde génération, d'ascendance étrangère ou mixte : 85,5;
- Immigrés de première génération : 115,4.

A. J. ROSANOFF (1915), à partir d'un matériel de 5.700 admissions des années 1910-1911, publie des taux d'admissions pour 100.000 de 34,9 pour les immigrés de seconde génération (*native of foreign parentage*) contre 34,6 pour la population autochtone. Ces chiffres l'amènent à conclure à une sensible identité de l'incidence entre les populations autochtone et immigrée de seconde génération. Partant de ces constatations ainsi que de l'importance de certains facteurs de distorsion en ce qui concerne la détermination des taux caractéristiques des populations immigrées de première génération, il est amené à proposer une « méthode indirecte » de comparaison des taux d'incidence entre populations étrangère et autochtone rejetant purement et simplement la première génération comme non représentative de la population transplantée. Il importe de tenir compte, dans l'interprétation de ces conclusions paradoxales, de l'emprise des idées régnantes à l'époque, qui accordaient une valeur déterminante exclusive aux facteurs constitutionnels et raciaux, à l'exclusion de tout facteur écologique. L'histoire retiendra de plus à la décharge de l'auteur que c'est précisément à lui que nous sommes par ailleurs redevables d'une des premières études systématiques sur l'importance du facteur migratoire *sensu stricto* (par comparaison de deux populations *native born*, dont une issue d'un mouvement migratoire intérieur, voir ci-dessus).

B. MALZBERG, dans le travail déjà cité (1936), se montre lui aussi assez sceptique quant à la signification des différences observées. Les taux caractéristiques de la population immigrée de première génération apparaissent effectivement supérieurs à ceux relevés pour la seconde génération, et ceux-ci eux-mêmes supérieurs à ceux de la population autochtone, mais la majeure partie, sinon la totalité de ces variations, se rattache dans l'esprit de l'auteur à des distorsions imputables à des facteurs connexes (âges, urbanisation, ...). MALZBERG devait d'ailleurs par la suite revenir sur le côté un peu trop exclusif de ces conclusions.

Les taux bruts de premières admissions « avec trouble mental » publiés par N. A. DAXTON (1940) à partir des entrées psychiatriques dans l'état du Massachusetts (1917-1933) objectivent une distribution « en escalier » décroissante dans l'ordre : immigrés de première génération, immigrés de seconde génération d'ascendance exclusivement étrangère, immigrés de seconde génération d'ascendance mixte, population autochtone. Les distributions d'âges par classe et par sexe du même caractère sont ordonnées très régulièrement, avec seulement quelques minimes exceptions, suivant le même classement. Seules les réadmissions « avec trouble mental » et les premières entrées et réadmissions « sans trouble mental » affectent des distributions moins systématiques.

Une étude réalisée en France par Th. LE LIEPVRE et M.-H. DE BOUSQUET (1954) à partir des archives du *Service social d'aide aux émigrants*, bien que ne concernant pas les problèmes d'incidence morbide mentale, mérite d'être citée ici. D'après les chiffres fournis par les auteurs, 80 % des interventions du Service concernent en effet des immigrés de première génération.

2. — Incidence différentielle en fonction de la durée de séjour

L'analyse des études de taux différentiels d'incidence en fonction de la durée de séjour préalable à l'entrée en hôpital psychiatrique ne peut être

entreprise sans un préambule d'ordre juridique qui, assez curieusement, vient mettre l'accent sur l'importance de certains facteurs de milieu (en l'occurrence, ici, de facteurs d'ordre sociologique).

Les données que nous possédons actuellement sont en effet sensiblement pour moitié le fruit de travaux américains (ou de travaux réalisés aux Etats-Unis) et d'études d'autres provenances. Or, suivant que l'on considère le premier ou le second groupe de recherches, les conclusions sont pratiquement inverses. Les travaux d'origine américaine tendent en effet à démontrer une faible incidence morbide dans les premières années suivant l'immigration, contrastant avec des taux importants de morbidité pour les effectifs de population immigrée dont l'entrée aux U. S. A. est ancienne (au-dessus de quinze ans). Or, pratiquement, tous les travaux d'origine non américaine comportent des conclusions inverses, tendant à établir la constance d'un mouvement dégressif dans l'évolution de l'incidence morbide en fonction de la durée de séjour.

Le fait que les travaux américains sont les plus anciens, et que pratiquement toutes les autres études sont de réalisation assez récente, n'expliquerait absolument pas des différences aussi radicales et aussi remarquablement systématisées. Il est par contre capital de se rappeler, pour l'analyse des travaux d'origine américaine, les dispositions juridiques très particulières régissant l'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine étrangère suivant le temps passé aux Etats-Unis avant l'hospitalisation. Le premier *Immigration Act* fédéral du 3 août 1882 disposait en effet que toute personne tombant à la charge de la collectivité moins d'un an après son entrée aux Etats-Unis était considérée comme étant en infraction avec les dispositions de ce texte qui prohibait formellement l'entrée sur le territoire de la Fédération des malades mentaux et oligophrènes. En conséquence, ces personnes devaient être déportées sur leurs pays d'origine à la charge de ceux qui étaient responsables de leur immigration. L'état de New York portait en 1903 le temps de latence critique à cinq ans, l'amendement (fédéral) du 20 février 1907 à trois ans sous certaines conditions, puis l'*Immigration Act* (fédéral) du 5 février 1917 à cinq ans, avec possibilité de recours de l'intéressé contre les compagnies de navigation qui l'avaient transporté aux U. S. A. Or, toutes les études que nous possédons sont établies à partir de statistiques officielles d'établissements publics d'assistance (hôpitaux psychiatriques d'états) [1].

J. A. HILL (1910), dans le travail déjà cité (seconde enquête pour le compte du *Department of Commerce and Labor*), fait état d'un taux d'admissions de 69,7 pour 100.000 pour la population immigrée ayant une durée de résidence inférieure à cinq ans, contre 135,2 pour les durées de résidence comprises entre cinq et dix ans, et 130,1 pour les durées de résidence supérieures. Même en comptant les effectifs de population déportée pour maladie mentale, le taux pour les durées de résidence inférieures à cinq ans ne passe que de 69,7 à 75.

H. M. POLLOCK (1912), à partir des entrées psychiatriques de l'état de New York pour 1911, met en évidence une proportion de 23 % de malades mentaux d'origine étrangère ayant une durée de résidence inférieure à cinq ans, contre 77 % de « non déportables », dont la durée de résidence était supérieure à cinq ans, et, pour la majorité, à quinze ans.

(1) Il est intéressant de noter à cette occasion que l'enregistrement systématique du délai intervenu entre immigration et hospitalisation était préconisé, dès 1917, par l'*American Psychiatric Association*, qui y voyait l'un des principaux paramètres statistiques standards souhaitables.

TABLEAU XIII

DISTRIBUTION EN POURCENTAGES DES ADMISSIONS
DE MALADES D'ORIGINE NORVÉGIENNE POUR PSYCHOSES « SCHIZOPHRÉNIQUES »
ET POUR PSYCHOSES DYSTHYMIQUES (« AFFECTIVE PSYCHOSES »)
EN FONCTION DU TEMPS PASSÉ AUX ETATS-UNIS AVANT L'HOSPITALISATION
(HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE L'ÉTAT DU MINNESOTA, PÉRIODE 1889-1929)
D'après O. ODEGAARD (1932) [Levin et Munksgaards, éd. Copenhague]

TEMPS PASSÉ AUX U.S.A. avant DÉBUT DES TROUBLES	DÉBUT AVANT DÉBUT- QUEMENT	MOINS DE 1 AN	DE 1 à 2 ANS	DE 2 à 5 ANS	DE 5 à 10 ANS	PLUS de 10 ANS	TOTAL
Psychoses « schizophréni- ques »	8,7 %	4,9 %	5,8 %	11,0 %	18,9 %	50,7 %	100 %
Psychoses dysthymiques (affective psychoses) . . .	—	—	3,6 %	9,5 %	10,7 %	76,2 %	100 %

Des renseignements assez détaillés sont exposés par O. ODEGAARD (1932) dans son étude sur les malades mentaux d'origine norvégienne immigrés au Minnesota, en ce qui concerne les psychoses « schizophréniques » et les « psychoses affectives » (états dysthymiques) qui représentent 1.497 entrées sur 2.003 (schizophrénie : 889; dépression : 436; excitation maniaque : 172). Les chiffres fournis, reproduits dans le tableau ci-dessus (tableau XIII), montrent que la majorité des entrées enregistrées concerne des malades dont la durée de séjour aux Etats-Unis avant l'admission est supérieure à cinq ans. Or, toutes les autres catégories nosographiques (paralysie générale, psychoses séniles, etc.) pour lesquelles l'auteur ne fournit pas de données détaillées ne peuvent logiquement que confirmer cette tendance, en raison de l'âge moyen plus élevé d'apparition des troubles dans ces types de psychose.

N. A. DATTON (1940), par son analyse des entrées psychiatriques enregistrées dans l'état du Massachusetts entre 1917 et 1933, parvient à des évaluations numériques du même ordre, comme il apparaît ci-contre (il s'agit des premières admissions « avec trouble mental »). Il fait par ailleurs remarquer que l'incidence précoce est plus élevée chez les sujets célibataires que chez les sujets mariés possédant un foyer. Une ventilation des diagnostics est fournie en fonction du temps de séjour aux Etats-Unis préalable à la première admission en hôpital psychiatrique. Pour les durées de séjour inférieures à quinze ans, les diagnostics dominants sont la démence précoce, les psychonévroses, les psychoses sur personnalité psychopathique, et les psychoses non diagnostiquées. Au-dessus de quinze ans, ce sont les psychoses chroniques avec artériosclérose cérébrale, séniles, et pellagreuces (?).

Les conclusions très univoques de ces travaux, tous établis à partir de statistiques d'établissements publics d'assistance des Etats-Unis, sont en contradiction flagrante avec celles des travaux ultérieurs, effectués dans d'autres pays dont la législation n'impose pas la déportation administrative des immigrés tombant pour maladie mentale à la charge de la collectivité durant

les premières années de leur séjour. Tous ces travaux font en effet de façon unanime mention d'une incidence morbide décroissante en fonction de la durée de séjour.

TABLEAU XIV

DISTRIBUTION EN POURCENTAGES
DES PREMIÈRES ADMISSIONS « AVEC TROUBLE MENTAL »
DE SUJETS ÉTRANGERS

EN FONCTION DU TEMPS PASSÉ AUX ÉTATS-UNIS AVANT L'HOSPITALISATION
(HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE L'ÉTAT DU MASSACHUSETTS, 1917-1933)

D'après N. A. DAYTON (1940)

[Charles C. Thomas, éd. Springfield et Baltimore]

TEMPS PASSÉ AUX U.S.A. avant hospitalisation	DE 0 A 4 ANS	DE 5 A 9 ANS	DE 10 A 14 ANS	15 ANS ET PLUS	TOTAL
Hommes	5,5 %	6,8 %	6,1 %	81,3 %	100 %
Femmes	4,3 %	5,6 %	4,8 %	85,1 %	100 %
TOTAL	5,0 %	6,2 %	5,5 %	83,1 %	100 %

BLUMENTHAL cité par HALPERN (1944), étudiant l'incidence psychopathologique sur les populations immigrées en Palestine, fournit des chiffres très caractéristiques à cet égard. 59 % des psychoses survenues chez les immigrants en Palestine se développent durant la première année de séjour. Le pourcentage tombe à 25 % pour la deuxième année, à 10 % pour la troisième année, et à 6 % pour la quatrième année et les suivantes.

Il est intéressant de rapprocher de ce travail une étude sociométrique de U. G. FOA (1948) concernant les Juifs yéménites installés à Jérusalem entre 1876 et 1946. La courbe représentative des écarts à la moyenne (exprimés en écarts types) en fonction du temps écoulé depuis l'immigration, pour sept variables-tests (trois démographiques et quatre sociologiques), est une sigmoïde ascendante développée sur une période de soixante-dix ans. Il est à noter que certaines des variables ainsi utilisées (le niveau socio-économique par exemple) sont identiques ou analogues à celles introduites en pondération des indices d'incidence morbide, et que nous avons analysées ci-dessus.

L'évolution exponentielle de l'incidence morbide décrite par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1954, 1955) pour la population masculine d'origine nord-africaine musulmane immigrée en métropole et internée dans le département de la Seine est strictement superposable dans ses dimensions numériques à celle de BLUMENTHAL décrite ci-dessus. Cette évolution est la même d'ailleurs pour les hôpitaux et hospices généraux de Lyon (qui comprennent des services neuropsychiatriques mais aussi toutes les autres spécialités médicales) comme il apparaît d'après les chiffres publiés par M. COLIN (1952). Cette identité d'orientation que rien ne permet de mettre *a priori* sur le compte de facteurs psychiatriques jouant exclusivement dans les deux cas — et de façon indirecte pour l'échantillon de Lyon — amène les auteurs à dis-

enter les conditions particulières de la situation étudiée, et en particulier l'extrême mobilité de la population nord-africaine immigrée mère, dont les variations dans le temps apparaissent être du même ordre que celles relevées pour la population psychiatrique. En l'absence d'argument décisif contraire, les auteurs ont tendance dans le cas particulier à considérer plutôt les variations observées comme la traduction directe de la dégradation de la population mère, masquant d'autres variations éventuelles (et éventuellement similaires).

Parallèlement, en ce qui concerne la même population nord-africaine immigrée, le travail de L. BOGART (1954) fait état d'une nette amélioration de l'insertion économique (statut d'emploi) avec la durée de séjour.

Enfin, les études faites en 1950-1952 dans l'Ontario occidental par BUCK, WANKLIN et HOBBS (1955) et WANKLIN, FLEMING, BUCK et HOBBS (1955) font apparaître des taux d'incidence plus élevés chez les immigrants ayant une durée de résidence au Canada inférieure à cinq ans.

Etant donné ce que nous avons vu plus haut de l'orientation générale des idées des chercheurs américains jusqu'à ces toutes dernières années, il n'est que plus remarquable de noter le renversement total de doctrine que marque sur ce point particulier le travail récent de B. MALZBERG et E. LEE (1956). Etudiant les taux annuels de premières entrées dans les hôpitaux psychiatriques de l'état de New York pour la période 1939-1941, les auteurs sont amenés à l'introduction d'un critère chronologique du statut migratoire, afin de corriger les possibilités d'erreurs tenant, pour l'étude du facteur migratoire, au fait que les immigrés de race blanche d'origine étrangère ont en général un temps de résidence moyen dans l'état de New York supérieur à celui des *native white migrants* (migrants intérieurs). Ainsi, seuls sont considérés comme migrants les sujets ayant immigré dans l'état de New York moins de cinq ans avant le recensement de base. L'importance des taux d'entrées pour 100.000 par an calculés après pondération des distributions d'âges par élimination des classes inférieures à quatorze ans, et qui s'établissent pour les migrants ainsi définis respectivement à sept et dix-sept pour les sujets de race blanche et non blanche contre quatre et huit pour les populations de base de mêmes caractéristiques raciales, amène les auteurs à déclarer qu'« il semble évident que les coordonnées chronologiques de la migration représentent un élément important pour la détermination des taux de premières admissions... » (*loc. cit.*, p. 101). Cette constatation amène les auteurs à étudier les taux caractéristiques de trois populations individualisées au sein de leur matériel, sur la base des caractéristiques chronologiques de la migration; respectivement les immigrants récents, dont l'immigration remonte à moins de cinq ans, les immigrants plus anciens, au-dessus de cinq ans, et enfin les sujets réputés non migrants, nés dans les limites territoriales de l'état de New York et y ayant toujours leur domicile lors du recensement de 1940. Les taux d'admissions pour toutes psychoses s'étagent ainsi pour toutes les catégories et tous les âges du plus au moins élevé dans l'ordre: immigrants récents — immigrants anciens — non migrants. Par ailleurs, en ce qui concerne les immigrants dont la durée de résidence est inférieure à cinq ans, 40 % des sujets de race blanche et 30 % des sujets de race non blanche ont été admis durant la première année de résidence dans l'état de New York. Enfin, et sauf en ce qui concerne les sujets masculins de race non blanche, les taux d'admissions des psychoses schizophréniques sont inférieurs aux taux moyens pour toutes psychoses et considérablement inférieurs aux taux de psychoses maniaque-dépressives, constatations qui sont en contradiction formelle avec la doctrine généralement reçue dans les travaux

américains antérieurs, qui faisait de la schizophrénie le facteur déterminant tout à la fois de l'émigration et des forts taux d'incidence relevés pour les migrants. Par ailleurs, en raison des caractéristiques intrinsèques du matériel étudié, les auteurs sont amenés à rejeter la possibilité d'une distorsion imputable aux conditions mêmes de l'immigration, du type de celle proposée par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET, et exposée ci-dessus. Les auteurs semblent d'ailleurs avoir soupçonné l'influence sur les travaux américains antérieurs des dispositions juridiques sur la déportation légale propres aux Etats-Unis (cf. *loc. cit.*, p. 47) mais n'approfondissent pas explicitement les causes éventuelles du désaccord de leurs conclusions avec celles des travaux américains plus anciens.

Cette tendance dégressive dans le temps qu'accordent à l'incidence morbide les travaux contemporains et qui cadre parfaitement avec les tendances dégagées par la sociométrie dans l'étude de l'« adaptation » des populations migrantes, nous amène à étudier de façon plus détaillée les variations incidentielles précoces, qu'il est possible d'aborder par d'autres méthodes.

II. — Les variations incidentielles précoces

Les variations précoces de l'incidence morbide, variations à court terme secondaires à l'immigration, ont été longtemps négligées par les auteurs, pour les raisons que nous avons dégagées ci-dessus. La tendance croissante des taux de morbidité en fonction du temps écoulé, telle qu'elle a été formulée par l'école américaine, et qui semble bien, nous l'avons vu, être un *artefact* administratif, est généralement apparue aux anciens auteurs comme la preuve décisive de l'absence de tout déterminisme écologique direct. Il est à cet égard intéressant de voir la perspective constitutionnaliste que ce courant de recherches inspire à O. ODEGAARD par exemple dans l'analyse du développement des psychoses schizophréniques chez la population d'origine norvégienne immigrée au Minnesota, et ce, dans un travail qui, par ailleurs, s'insère en faux vis-à-vis de ces interprétations constitutionnalistes.

Il est donc assez normal que ces problèmes aient suscité des recherches dans d'autres pays dégagés des dogmes — par ailleurs féconds — de l'école statistique américaine. A vrai dire, tous ces travaux sont très récents, et en règle générale beaucoup plus d'ordre clinique que statistique. En raison de leur orientation doctrinale — souvent inconsciente d'ailleurs — ils n'en méritent pas moins de figurer parmi les travaux d'ordre statistique.

1. — Les phases d'incidence maxima

Dans son travail déjà cité, relatif aux immigrants juifs en Palestine, HALPERN (1944) insiste sur l'importance privilégiée de la première année suivant l'immigration en ce qui concerne l'incidence psychopathologique.

A. M. MERLOO (1946) est un des premiers à insister sur le temps de latence (de l'ordre de six mois) qui se manifeste dans l'apparition des troubles mentaux chez les prisonniers de guerre et les personnes déplacées.

A. CURLE et E. L. TRIST (1947) insistent à nouveau, dans leur étude d'un échantillon de prisonniers de guerre rapatriés en Angleterre après la fin des hostilités, sur l'existence d'un certain temps de latence et de phases d'incidence privilégiées pour l'apparition des troubles après la transplan-

tation. La phase critique se situe, d'après les auteurs, de trois à six mois après le rapatriement.

G. BOITTELLE et Cl. BOITTELLE-LENTULO (1949-1952), dans deux communications relatives aux malades d'origine étrangère placés à l'hôpital psychiatrique de Lorquin, rapportent diverses observations toutes relatives à des immigrés de fraîche date. Mais les critères d'échantillonnage sont peu rigoureux.

KINO (1951), dans une revue d'observations réalisées en 1948-1949 d'états psychotiques chez des Polonais démobilisés ou déplacés en Angleterre après la fin des hostilités, note qu'on ne retrouve plus guère de ces cas après l'année 1949.

L. TYHURST (1951) étudie sur le plan clinique un échantillon de quarante-huit personnes déplacées réinstallées dans la région de Montréal et ayant donné lieu à des interventions médicales, et un échantillon de référence de soixante-dix personnes déplacées « normales ». Les conclusions sont analogues à celles émises par CURLE et TRIST, à cette différence près que l'auteur fait état de deux périodes critiques se situant respectivement trois et six mois environ postérieurement à la transplantation. Ces constatations, d'après l'auteur, s'interprètent surtout sur un plan phénoménologique.

Le travail de LEHMANN (1953) est établi sensiblement à la même époque et sur les mêmes bases que le travail de L. TYHURST : étude de cinquante personnes déplacées « normales » et de trente-sept personnes déplacées « psychotiques » de la région de Montréal (seuls les services où ces deux études ont été réalisées sont différents). Les conclusions sont analogues. L'auteur est ainsi amené à décrire une « période critique d'adaptation » s'étendant du troisième au sixième mois suivant la transplantation, et qui est la période des « réactions primaires » (dépression, anxiété), période de sensibilité maximale aux facteurs traumatiques d'environnement.

La première étude qui aborde statistiquement ce problème est celle de DAUMEZON, CHAMPTON et CHAMPION-BASSET (1954-1955). Les conditions privilégiées d'étude offertes par le grand mouvement d'immigration nord-africaine musulmane à destination de la France métropolitaine qui a suivi la guerre permettent aux auteurs une étude systématique des séries chronologiques caractéristiques du mouvement d'immigration et de l'incidence psychopathologique dans le département de la Seine pris comme aire-test. Les décalages suivant l'axe des temps régulièrement observés entre les variations des deux paramètres (population immigrée et population internée) trouvent une interprétation aisée si l'on admet les délais de latence de l'ordre de ceux déjà avancés dans les études antérieures (trois et six mois). Par contre, aucune autre interprétation n'apparaît satisfaisante pour ces variations saisonnières d'incidence qui sont différentes tant de celles de la population psychiatrique globale pour la même aire d'observation et la même époque dégagées par SIVADON et VEIL, que de celles de la population hospitalière nord-africaine globale (psychiatrique et extra-psychiatrique) telles qu'elles ressortent des chiffres de M. COLIN relatifs à la région lyonnaise.

L'analyse tentée par Sv. LYSGAARD (1955) de l'adaptation aux Etats-Unis de deux cents boursiers *Fulbright* norvégiens l'amène à reconnaître l'existence d'une phase de crise au sixième mois et d'un véritable processus adaptatif qu'il serait possible de traduire par une courbe en U (sans que les paramètres caractéristiques de cette courbe fassent l'objet d'un essai de détermination). Ce processus paraît à l'auteur très général et univoque, sans qu'il soit possible d'en réduire l'intervention à un type de situation particulier. Il apparaît

dans l'anamnèse de tous les sujets, qu'ils aient présenté des signes de bonne ou de mauvaise adaptation, que les conditions générales de séjour aient été ou non subjectivement favorables. « Le rapport entre la durée et l'adaptation ne résulte donc pas d'une sélection que le temps opérerait entre des personnes plus ou moins bien adaptées; il s'explique au contraire par l'intervention d'un véritable facteur temps, dont il faut admettre qu'il s'est exercé sur chaque boursier... »

Dans son analyse des troubles psychosomatiques présentés par les montagnards andins transplantés dans les cités industrielles du littoral péruvien, C. A. SEGUIN (1956) fait également état de certains temps de latence, mais ceux-ci ne sont pas étudiés systématiquement.

2. — *L'adaptation biologique*

Il est impossible de ne pas évoquer ici un certain nombre de travaux biologiques qui ont en vue l'étude de situations très schématiques, bien qu'un peu particulières, de transplantation.

Le soin mis par l'école de Lima (Pérou) à étudier les variations des constantes biologiques chez les montagnards andins transplantés nous a valu certaines acquisitions du plus haut intérêt. Ces travaux, réalisés dans le cadre de l'Institut de biologie andine (*Instituto de Biología Andina*) de Lima, concernent des sujets originaires de provinces situées dans la Cordillère des Andes, à des altitudes élevées (de l'ordre de 4.000 m et plus), et qui ont brusquement émigré, pour des raisons économiques, vers la capitale ou les cités industrielles du littoral, subissant ainsi en quelques jours une variation d'altitude considérable et des modifications très importantes des conditions d'environnement.

Un syndrome inverse de celui décrit par Carlos MONGE en 1928 (polyglobulie d'altitude) apparaît au premier chef. La transplantation au niveau de la mer suppose en moyenne la destruction de 214 g d'hémoglobine, entraînant la formation de 7,50 g de bilirubine. Ces modifications s'accomplissent dans les huit semaines qui suivent la transplantation (E. DELGADO FEBRES). Simultanément, des perturbations métaboliques importantes sont enregistrées, spécialement étudiées en ce qui concerne le métabolisme glucidique. Les taux moyens de glycémie (normalement plus élevés en altitude) augmentent encore après la transplantation, puis diminuent pour atteindre en huit semaines environ les valeurs moyennes au niveau de la mer. Les taux d'acide lactique subissent diverses variations avant d'atteindre, en huit semaines environ, les nouvelles valeurs moyennes. Les taux d'acide pyruvique diminuent durant la première semaine au-dessous des valeurs moyennes caractéristiques des basses altitudes, puis augmentent à nouveau à deux reprises jusqu'à dépasser ces valeurs aux troisième et huitième semaines en moyenne, pour rejoindre la normale après quatre mois (MONGE CASINELLI; MONGE, CONTRERAS, VOLASQUEZ, REYNAFARJE, MONGE CASINELLI, CHAVEZ).

Ces diverses modifications biologiques, éléments de ce que C. MONGE appelle « syndrome d'adaptation », vont de pair avec une diminution de la capacité de travail physique, une susceptibilité accrue vis-à-vis de certaines affections, en particulier respiratoires (démontrée statistiquement sur les effectifs de recrues), des manifestations psychosomatiques diverses (A. SEGUIN), et sont interprétées par les auteurs comme caractérisant la période critique de passage d'un type d'adaptation homéostatique à un autre.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de mentionner ici, à titre d'exemple d'un certain courant de recherches contemporain, les travaux relatifs au syndrome décrit par DE AMICIS (1937), « forme spéciale de *prurigo* apparaissant à leur arrivée dans leur patrie chez les sujets nés en Amérique de parents non américains ».

3. — Les séries chronologiques plurifactorielles — Les études de conjoncture

A un certain niveau de précision, les auteurs ont été amenés à envisager l'intervention dans leur information statistique d'éléments relatifs à la conjoncture démographique, économique ou sociale.

N. A. DAYTON (1940), dont l'étude s'étend sur seize années marquées aux Etats-Unis par des événements de grande importance (prohibition, krach économique...), cherche à déterminer les variations de la durée moyenne de séjour aux Etats-Unis préalable à l'admission initiale dans les hôpitaux psychiatriques au cours de cette période. De 1917 à 1933, le délai moyen d'admission apparaît avoir notablement augmenté, spécialement en ce qui concerne les classes d'âge jeunes, qui fournissent le maximum d'admissions précoces. En ce qui concerne l'intervalle de classes vingt à vingt-neuf ans, le pourcentage de malades ayant subi une première hospitalisation dans les services psychiatriques après plus de quinze années de résidence aux Etats-Unis passe de 30 % en 1917 à 79 % en 1933. Inversement, les pourcentages analogues pour les malades ayant séjourné moins de cinq ans aux U. S. A. passent de 27 % en 1917 à 3 % en 1933. Ces modifications sont interprétées par l'auteur comme la conséquence d'une amélioration qualitative de l'immigration des années 1920 et postérieures par rapport à celle des années 1903 à 1914 (période de l'*open door* de l'immigration). Des comparaisons de tendances sont également effectuées par DAYTON pour les quatre groupes d'origine déjà étudiés (*foreign, native-foreign, native-mixed, native-native*), suivant une méthode peut-être contestable (simple utilisation des tendances, sans pondération, et sans niveau de signification). Les indices ainsi dégagés n'objectivent pas de modification sensible d'incidence en ce qui concerne les sujets d'origine étrangère au cours de la période troublée 1917-1933. A l'opposé, la tendance en ce qui concerne les sujets nés aux U. S. A. de parents américains (catégories sociales les mieux intégrées) est à une augmentation très nette des taux d'incidence, dans laquelle l'auteur voit la traduction d'une sensibilité particulière aux modifications d'environnement caractéristiques de cette période. Les deux autres catégories (sujets nés aux Etats-Unis de parents d'origine étrangère ou mixte) occupent une situation intermédiaire.

L'importance des fluctuations de la conjoncture économique est abordée par DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-BASSET (1954-1955) dans leur étude de l'incidence psychopathologique sur la population d'origine nord-africaine musulmane transplantée dans le département de la Seine. Il s'agit là essentiellement d'une migration de main-d'œuvre dont la motivation économique est dominante. Pour la courte période pour laquelle les chiffres publiés sont utilisables (1949-1954), il semble exister un rapport assez constant entre l'incidence morbide d'une part, le solde migratoire cumulatif et les effectifs d'emploi recensés d'autre part. Les auteurs sont d'ailleurs amenés par ces conclusions à reprendre les chiffres publiés par DAYTON pour l'ensemble de la population du Massachusetts (DAYTON ne fournit pas de ce point de vue une étude particulière des populations immigrées) entre 1917 et 1933, période incluant le krach économique de l'entre-deux-guerres. Des relations du même ordre apparaissent également dans ce cas.

III. — APPORT DES TECHNIQUES STATISTIQUES A L'ETUDE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE POSES PAR LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES

A l'issue de cette revue analytique des principaux travaux d'inspiration statistique concernant les problèmes de santé mentale posés par les populations migrantes, il n'est certainement pas inutile de s'interroger sur les principales données et tendances qui semblent s'y faire jour.

A vrai dire, ce qui conditionne la difficulté de réalisation d'une telle synthèse, c'est moins la complexité des données analysées que la nécessité d'une définition préalable précise des conditions d'utilisation ultérieure de ces conclusions synthétiques.

L'analyse des paramètres statiques bruts, tels que nous avons pu les retrouver dans des publications émanant de nombreux pays d'immigration, ne laisse guère de doute sur ce point : la représentation relative des immigrés dans la population asilaire est très nettement supérieure à celle que l'on serait en droit d'espérer à partir de leur représentation dans la population globale. Cette proposition, qui équivaut à la constatation d'un fait très généralement observé, ne tire en fait sa formulation très générale que des limites très étroites de son intérêt prévisionnel, limité à l'assistance institutionnalisée dans les conditions actuelles (assez voisines dans tous les pays développés), et aux modalités d'immigration que nous connaissons actuellement (et qui n'ont probablement guère varié depuis un siècle et demi dans leurs grandes caractéristiques, en ce qui nous concerne ici).

Il est possible de différencier, au sein de ces statistiques globales, certains groupes particuliers, en fonction de la provenance ethnique ou nationale, des caractéristiques du milieu récepteur ou du mouvement migratoire. Il est possible de tenter une appréhension quantitative des aspects cliniques du problème, à travers des statistiques nosographiques, encore que là le problème soit rendu plus complexe par l'inexistence d'un étalon nosographique international. Quoi qu'il en soit, et sans vouloir méjuger de l'intérêt des points de vue que nous ont apportés certains de ces courants de recherches, il n'y a là qu'une série de variantes des paramètres dont nous parlions plus haut, soumises aux mêmes contingences théoriques et méthodologiques.

La position du problème se modifie avec l'analyse des facteurs de distorsion des distributions étudiées et l'introduction des pondérations adaptées. Toute une série de travaux a, depuis plusieurs décades, contribué à caractériser statistiquement, sur le plan démographique et social, la population immigrée. Nous connaissons actuellement les principaux facteurs de distorsion susceptibles d'affecter les distributions que nous étudions. Nous possédons des méthodes rapides et suffisamment précises pour en déterminer les paramètres numériques. Nous connaissons approximativement par avance, par l'expérience des travaux antérieurs, les résultats que produiront les pondérations appliquées à nos indices. Nous sommes donc en principe, du moins dans les pays possédant une infrastructure administrative et statistique suffisante, en mesure de calculer des indices pondérés d'incidence morbide qui, à raison de leur moindre dépendance de caractères contingents, devraient pouvoir prétendre à une validité plus générale. En fait, même en négligeant le rôle éventuel d'autres distorsions systématiques non corrigées (et à cet égard, la démonstration de B. MALZBERG évoquée plus haut, fût-elle excessive

et désavouée par son auteur même, ne doit jamais être perdue de vue dans ses implications logiques), l'utilisation des indices pondérés reste grevée de trois lourdes hypothèques :

- 1° La mise en facteur de certains paramètres de pondération, démographiques et surtout sociologiques, offre la tentation d'une imputation causale qu'en l'état actuel de nos connaissances nous n'avons pas le droit d'opérer;
- 2° La plus grande rigueur d'établissement des indices pondérés ne doit pas entraîner à des généralisations excessives, qui dépasseraient leur limite de validité. Cette remarque, très généralement valable, que nous avons déjà faite plus haut, vaut également dans ce cas;
- 3° Enfin, il importe de ne pas perdre de vue que les indices pondérés sont obtenus par un artifice de calcul qui aboutit en fait à modifier radicalement les données concrètes de situations qui n'ont de sens que prises dans leur intégrité. De plus, cette rétorsion systématique, généralement appliquée à des indices, ne porte en règle que sur un des termes du rapport, caractéristique de la sous-population indexée, le second, calculé sur une population globale de référence, restant en règle inchangé. Un tel mode opératoire, qui n'est pas critiquable dans son principe, risque cependant de donner lieu à des conclusions inconsidérées, jouant sur l'ambiguïté de la définition de la distribution pondérée.

C'est dire l'intérêt de l'étude des séries chronologiques qui, par des méthodes d'observation généralement différentes, aboutit à recouper l'essentiel des grandes conclusions qui se dégagent de l'analyse des paramètres statistiques. Ce type de recherches, dont le principe est généralement *a priori* mieux accepté des cliniciens, parce que plus proche d'une réalité concrète de pratique quotidienne, pose à vrai dire des problèmes extrêmement ardu, tant pratiques que théoriques. Ces études ne sont en effet pratiquement jamais réalisables à partir de statistiques officielles préexistantes et nécessitent un travail préliminaire de recensement long et coûteux. Leur application est limitée à certaines situations particulières répondant à des exigences minima d'homogénéité, de cohésion et de stabilité dans les limites de la période de référence. L'application de ces conditions théoriques, ou éventuellement des rétorsions chronologiques qui constituent parfois la seule composition possible, exige une connaissance approfondie du problème particulier et des phénomènes d'espèce susceptibles d'en modifier les données. Il faut sans doute voir là l'explication du fait que les recherches de ce type sont généralement peu nombreuses et récentes. Ces difficultés méthodologiques sont néanmoins sans commune mesure avec l'intérêt des données qu'elles nous ont déjà apportées, en ce qui concerne les rapports chronologiques de l'incidence morbide et de l'expérience de transplantation, et qu'elles continueront sans aucun doute de nous apporter à un rythme croissant, car il s'agit là d'une orientation d'avenir de la recherche en matière de santé mentale.

Telles sont les principales réflexions que suggère l'analyse des méthodes employées à ce jour dans l'étude statistique des problèmes psychopathologiques posés par les populations transplantées. Il nous faut maintenant envisager rapidement l'évolution que, assez paradoxalement, l'utilisation de ces techniques a entraînée dans la formulation même du problème étudié.

Telle qu'elle a été initialement abordée, dans les plus anciens des travaux analysés ci-dessus, la migration se définit par une mobilité spatiale à longue distance, en règle internationale, impliquant des transitions brusques sur les plans climatique, mésologique, sociologique, linguistique, professionnel

et alimentaire — entre autres — et des modifications d'équilibre de composantes raciales plus ou moins hypothétiques. C'est l'immigration internationale, faite d'étrangers, *the Immigration of Aliens* des auteurs américains « sélectionnistes », immigration qui, après avoir réalisé l'essentiel de la formation d'une grande nation homogène, devait se voir soumise à la suspicion agissante des *quota*. Le fait que des facteurs accessoires nombreux — et à côté de ceux-ci l'histoire doit faire la place à un facteur passionnel puissant — interviennent dans l'étude des migrations internationales a dès lors incité les auteurs à l'étude des migrations intérieures, soit d'une région à l'autre à l'intérieur des frontières nationales (*interstate migration* des auteurs américains), soit à l'intérieur d'une même région (*intrastate migration*). Traduits en coordonnées géographiques, ces phénomènes représentent des migrations à longue ou moyenne distance, mais au sein d'une collectivité nationale de caractéristiques sociologiques et linguistiques réputées identiques. Cette tendance devait normalement aboutir à l'étude d'un phénomène migratoire à moyenne distance d'un type particulier, au sein duquel les composantes socio-économiques prennent une importance décisive, nous voulons parler de l'exode rural à destination des cités ouvrières (*rural-urban migration*) qui a constamment accompagné le développement économique de toutes les grandes nations industrielles — demandeuses de main-d'œuvre — durant les cent cinquante dernières années. Cette attraction des zones urbaines s'est assez récemment, au moins aux Etats-Unis, doublée d'un mouvement d'exode suburbain des fractions socio-économiques élevées de la population (*urban-suburban migration*) sur lequel insiste B. MALZBERG (1952, 1955), mouvement qui, à son tour, introduit à l'étude des migrations à courte distance, intra-urbaines (*intracity migration*). Quels que soient les problèmes pratiques posés par ces dernières recherches et les divergences marquées que l'on peut relever dans les conclusions des travaux qui y ont été consacrés (R. E. FARIS et H. W. DUNHAM, 1939; Ch. TIETZE, P. LEMKAU et M. COOPER, 1941; R. FREEDMAN, 1950), deux points apparaissent difficilement contestables : d'une part, il est arbitraire d'abstraire du groupe des phénomènes migratoires tel ou tel fait d'observation particulier, tous les degrés de transition existant entre les diverses situations étudiées; d'autre part, il paraît difficile de nier que la hiérarchie des facteurs accessoires intervenant dans ces diverses situations subit de l'une à l'autre des modifications profondes. On voit que l'analyse progressive d'un caractère défini initialement de façon aussi claire que possible, en termes de coordonnées géographiques, en a considérablement modifié les dimensions.

La définition de la migration, processus dynamique, fait par ailleurs intervenir un système de coordonnées de temps. La grande majorité des travaux effectués a cependant, durant une longue période, uniquement considéré le lieu de naissance comme critère opérationnel, et ce essentiellement en raison de la nature des bases statistiques utilisées (état civil des registres hospitaliers). Sans doute, comme nous l'avons vu ci-dessus, quelques études très judicieuses de tendances se faisaient déjà jour sur ces mêmes bases dès la fin du siècle dernier, mais l'importance générale du problème restait en règle méconnue. Historiquement, l'étape suivante est marquée de l'empreinte des théories « sélectionnistes » américaines, et c'est assez paradoxalement de l'extérieur et pour la justification de dispositions législatives préexistantes et très critiquables que les études de chronologie différentielle d'incidence sont introduites dans les travaux d'origine américaine. Le mouvement d'opinion qui, dirigé par des polémistes de second ordre et appuyé sur les dispositions impliquant la déportation légale des aliénés, se cristallise dans l'*Immigration Act* de 1917, incite désormais les auteurs à introduire dans leurs analyses

le délai fatidique de cinq années, et ce, nous l'avons vu, sur des bases statistiques fort sujettes à caution. Ce pseudo-progrès sans issue aura coûté à la science américaine plusieurs décennies d'avance technique. Il faut en fait attendre les années suivant la fin du dernier conflit mondial pour voir apparaître les premières études véritablement pragmatiques, abordant l'émigration comme un processus dynamique, au moins autant déterminé par ses caractéristiques chronologiques que par ses coordonnées spatiales. Il se trouve que, dans cette voie, l'analyse progressive du phénomène a plutôt entraîné un certain éclaircissement du problème posé, amenant les conclusions des travaux psychiatriques à se couler dans les cadres de concepts depuis longtemps déjà élaborés par les sociologues, tels celui d'adaptation, mais dont les définitions étaient restées fort vagues.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Sources générales

Les seules bibliographies développées sur la question sont celles fournies dans leur travail par O. ODEGAARD (1932) et Y. CHAMPION (1958). L'essentiel de ces références a été reporté ci-dessous.

2. — Index alphabétique

1. ALMENARA (G.). — Causas y efecto del exodo rural — *Inform. sociales*, 9.
2. AMEGHINO (A.). — Datos para la profilaxis mental en la Republica Argentina — *Rev. de Crimin. Psiq. y Med. Leg.*, 10, 1923, p. 170.
3. AMEGHINO (A.) y GONZALES (J. M. E.). — Locura e inmigracion — *Rev. de Crimin. Psiq. y Med. Leg.*, 18, 1931, p. 154.
4. ... (American Journal of Insanity). — Canada and Defective Immigration — *Am. Journ. of Insanity*, 65, 1908.
5. AMICIS (DE). — Sur une forme spéciale de *prurigo* apparaissant à leur arrivée dans leur patrie chez les sujets nés en Amérique de parents non américains — *Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, 44, 1937, p. 364-372.
6. AMICIS (DE). — *Id.* — *Riforma Med.*, 54, 1938, p. 773-775.
7. ARNESEN (H.). — Amerika som aarsak till sindssygdом — *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 37, 1917.
8. BARCOCK (K. Ch.). — The Scandinavian Element in the United States — *University of Illinois Bulletin*, 12, 1914.
9. BANNISTER (H. M.) and HEKTOEN (L.). — Race and Insanity — *Am. Journ. of Insanity*, 44, 1887.
10. BLEGEN (Th. C.). — The Norwegian Government and the Early Norwegian Emigration — *Minnesota History*, 6, 1925.
11. BOAS (Fr.). — Studies on Growth (in Immigrant Children) — *Human Biol.*, 7, 1935, p. 303-318.
12. BOAS (Fr.). — The Effects of American Environment on Immigrants and their Descendants — *Science*, 84, 1936, p. 522-525.
13. BOGART (L.). — Les Algériens en France. Adaptation réussie et non réussie, in « Français et immigrés, nouveaux documents sur l'adaptation » — *Travaux et documents de l'Institut national d'études démographiques*, Paris, P.U.F., 1954.
14. BOITTELLE (G.) et BOITTELLE-LENTULO (Cl.). — Psychoses réactionnelles au dépaysement chez les travailleurs étrangers — XLVII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Clermont-Ferrand, 1949.
15. BOITTELLE (G.) et BOITTELLE-LENTULO (Cl.). — Le problème des troubles mentaux chez les travailleurs étrangers (2^e note) — Communication au L^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Luxembourg, 1952.

- 15 bis. BRINGAS NUNEZ (E.). — Inmigracion y locura. Algunos datos para la profilaxis de las enfermedades mentales en la Republica Argentina — *Rev. Assoc. Med. Argent.*, 57, 1943, p. 55-57.
16. BUCK (C.), WANKLIN (J.M.) and HOBBS (G.E.). — An Analysis of Regional Differences in Mental Illness — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 122, 1, 1955, p. 73-79.
17. BUCK (C.), WANKLIN (J.M.) and HOBBS (G.E.). — A Symptom Analysis of Rural-Urban Differences in first Admission Rates — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 122, 1, 1955, p. 80-82.
18. BURR (Ch. W.). — The foreignborn Insane — *J. Amer. Med. Ass.*, 62, 1914.
19. CARLSEN (S.). — Klimaets indflydelse paa de utvandrede nordeuropaere og saerlig nordmaend i Amerika — *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 29, 1909.
- 19 bis. CHAMPION (Y.). — Essai de synthèse des recherches en matière d'épidémiologie et de pathologie mentales concernant la mobilité géographique des populations (Psychiatrie médico-sociale des migrations et transplantations) — Thèse de médecine, Paris, 1958, n° 226.
20. CHEVALLEY (E.). — Etude de 4.000 dossiers du Service social d'aide aux émigrants, in « Documents sur l'Immigration », *Travaux et documents de l'Institut national d'études démographiques*, Cahier n° 2, Paris, P.U.F., 1947, p. 94-113.
21. CLEVINGER (S.V.). — Race and Insanity — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 12, 1885.
22. COLIN (M.). — La morbidité nord-africaine dans la métropole — Thèse de médecine, Lyon, 1952.
23. COLIN (M.). — Etudes sur la morbidité nord-africaine — *Cahiers E.S.N.A.*, Paris, 1952.
24. COMMISSIONER GENERAL OF IMMIGRATION. — *Annual Reports*, 1889 (sqq).
25. COMMONS (J.R.). — Races and Immigrants in America — New York, 1924.
26. CURLE (A.) and TRIST (E.L.). — Transitional Communities and Social Reconnection — *Human Relations*, 1, 2, 1947, p. 240-288.
27. DARLET (Ch.-F.-Fr.). — Les psychopathes étrangers à l'hôpital Henri-Rousselle. Contribution à l'étude des troubles mentaux chez les étrangers et naturalisés résidant en France — Thèse de médecine, Paris, 1942, T.E.P.A.C., éd.
28. DAUMEZON (G.), CHAMPION (Y.) et CHAMPION-BASSET (J.). — Etude démographique et statistique des entrées masculines nord-africaines à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne de 1945 à 1952. Place des réactions mentales dans la pathologie générale des émigrés nord-africains. Situation de la population nord-africaine par rapport aux populations asilaire et transplantée globales — *Hygiène mentale*, 1954, 1, p. 1-20 et 3, p. 85-107; 1955, 1, p. 34.
29. DAUMEZON (G.), CHAMPION (Y.) et CHAMPION-BASSET (J.). — L'incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine nord-africaine. Etude de démographie hospitalière et d'écologie psychiatrique, in « Etudes de sociopsychiatrie », Monographie de l'Institut national d'hygiène, n° 7, Paris, ministère de la Santé publique, 1955, p. 83-125.
30. DAUMEZON (G.), CHAMPION (Y.) et CHAMPION-BASSET (J.). — Revision des indices d'incidence morbide relatifs à la population masculine d'origine nord-africaine musulmane du département de la Seine — *Inform. psychiat.*, 33, 4, 9, 1957, p. 527-529.
31. DAVIS (J.J.). — Selective Immigration — Saint Paul, 1925.
32. DAVIS (M.M.). — Immigrant Health and the Community — New York, 1920.

33. DAWES (Sp. L.). — Immigration and the Problem of the Alien Insane — *Am. J. of Psychiat.*, 81, 1, 4, 1925, p. 449-470.
34. DAYTON (N.A.). — New Facts on Mental Disorders. Study of 89.190 Cases — Charles C. THOMAS, Springfield and Baltimore, 1940.
35. DELGADO FEBRES (E.). — La bilirubinemia — *An. Fac. Med.*, 32, 1947.
36. DEUSDEIT ARAUJO. — Aspectos psiquiátricos da imigração no Brasil — *Rev. brasileira de Saude mental*, 1955, 1, p. 23-42.
37. DORN (H.F.). — The Incidence and Future Expectancy of Mental Disease — *Public Health Reports*, 53 : 1991-2004, Nov. 1938.
38. EPSTEIN (L.). — Die überseeische Auswanderung unter irrenärztlichem Gesichtspunkte — *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 26, 1914.
- 38 bis. FARIS (R.E.L.) and DUNHAM (H.W.). — Mental Disorders in Urban Areas — Chicago, *Univ. of Chicago Press*, 1939.
39. FERRIS (A.W.). — Italian Immigration and Insanity — *Am. J. of Insanity*, 65, 1908.
40. FOA (U.G.). — Social Change among Yemenite Jews Settled in Jerusalem. A Quantitative Study in Dynamics and Correlations among Culture Traits — *Sociometry* XI, 1-2, 1948, p. 75-99.
41. FOARD. — Boulder Dam Symposium. The Immigration Aspect — *Am. J. Pub. Health*, 20, 1930, p. 1080-1085.
42. FREDMAN (R.). — Recent Migration to Chicago — Chicago, *Univ. of Chicago Press*, 1950.
- et mentales — Paris, J.-B. Baillière, 1863.
43. GIRARD DE CAILLEUX (H.). — Etudes pratiques sur les maladies nerveuses
44. GIRAUD et MALFILATRE. — Topographie de l'aliénation mentale dans le département de la Seine-Inférieure — Congrès de médecine mentale, 3^e session, Blois, 1892.
45. GRONVALD (C.H.). — The Effects of the Immigration on the Norwegian Immigrant — Sixth Annual Report of the State Board of Health of Minnesota, 1887.
46. HALPERN (L.). — Insanity among the Jews in Palestine — *Harefuah*, XII, 4, 1937.
47. HALPERN (L.). — Some Data on the Psychic Morbidity of Jews and Arabs in Palestine — *Am. J. Psychiat.*, 94, 1938, p. 1215-1222.
48. HALPERN (L.). — Neurology and Psychiatry in Palestine — *Am. J. Psychiat.*, 100, 1944, p. 775-780.
49. HASKIN (Fr.). — The Immigrant, an Asset and a Liability — New York, 1913.
50. HILL (J.A.). — Insane and Feeble-minded in Institutions, 1910. Department of Commerce, Bureau of the Census, Washington, 1910.
51. HRDLICKA (A.). — Anthropology and Insanity — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 56, 1924.
52. HURD (H.M.). — Report of Eastern Michigan Asylum — Pontiac, 1884.
53. JENNINGS (H.W.). — Undesirable Aliens — *The Survey*, 51, 1923.
54. KIERNAN (J. G.). — Race and Insanity — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 13, 1886.
55. KIERNAN (J. G.). — Paranoïa, its Influence in Increasing the Number of the Insane — *The Neurological Review*, 1, 1886.
56. KILBOURNE (A. F.). — Biennial Report of the Superintendent of the Rochester State Hospital (Minnesota), 1906-08 and 1910-12.
57. KILBOURNE (A. F.). — Minnesota and the Development of the Care for the Insane — *Am. J. of Psychiat.*, 6, 1927.
58. KINO (F. F.). — Aliens' Paranoïd Reaction — *J. of Ment. Science*, 97, 1951, p. 589-594.

59. KINO (F. F.). — Les psychoses des réfugiés en Grande-Bretagne : les réactions paranoïdes des étrangers, in « Personnes déplacées », IV, 3, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 212-219.
60. KIRBY (G. H.). — A Study in Race Psychopathology — *New York State Hospital Bull.*, 1, 1909.
61. KOREN (J.). — Insane and Feeble-minded in Institutions, 1904 — Department of Commerce, Bureau of the Census, Washington, 1904.
62. KRAFT (E.). — Den norske races fysiske degenerasjon i Nord-Amerika — *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 52, 1891.
63. LANDIS (C.) and PAGE (J. D.). — Modern Society and Mental Disease — New York, Farrar and Rinehart, 1938.
64. LAUGHLIN (H.H.). — Analysis of America's Modern Meltingpot — Biological Aspects of Immigration — Hearings before the Committee on Immigration and Naturalization, U. S. House of Representatives (67 Cong., 3 Sess.), Serial 7 C, November 21, 1922.
65. LEHMANN (H. E.). — Socio Psychiatric Observations on Displaced Persons — *Psychiat. Quart. Suppl.*, 27, 1953, p. 245-256.
66. LE LIEPVE (Th.) et BOUSQUET (M.-Th. DE). — Etude de 4.000 dossiers du Service social d'aide aux émigrants, in « Français et immigrés, nouveaux documents sur l'adaptation » — *Travaux et documents de l'Institut national d'Etudes démographiques*, Paris, P.U.F., 1954.
67. LEWIS (E. R.). — America, Nation or Confusion. Study of our Immigration Problems — New York and London, Harpers and Brothers, 1928.
68. LICURZI (A.). — Inmigracion y delincuencia en la Republica Argentina — *Rev. de Psiquiat. y Criminol.*, 18, 1938, p. 700-718.
69. LYSGAARD (S.). — L'adaptation dans une société étrangère : le séjour aux Etats-Unis de boursiers Fulbright norvégiens — *Bulletin international des Sciences sociales* (U.N.E.S.C.O.), VII, 1, 1955, p. 47-54.
70. MALZBERG (B.). — Mental Disease and "the Meltingpot" — *J. Nerv. Ment. Dis.*, 72, 1930, p. 379-395.
71. MALZBERG (B.). — Mental Disease in New York State According to Nativity and Parentage — *Ment. Hygiene*, 19, 1935, p. 635-660.
72. MALZBERG (B.). — Race and Mental Disease in New York State — *Psychiatric Quarterly*, 9, 1935, p. 538-569.
73. MALZBERG (B.). — Mental Disease among Foreign-born Whites, with Special Reference to Natives of Russia and Poland — *Am. J. Psychiat.*, 92, 1935, p. 627-640.
74. MALZBERG (B.). — A Statistical Study of Mental Diseases among Natives of Foreign White Parentage in New York State — *Psychiat. Quart.*, 10, 1936, p. 127-142.
75. MALZBERG (B.). — Mental Disease among Native and Foreign-born Whites in New York State — *The Am. J. of Psychiat.*, 93, 1936, p. 127-137.
76. MALZBERG (B.). — Migration and Mental Disease among Negroes in New York State — *Am. J. Phys. Anthropol.*, 21, 1936, p. 107-113.
77. MALZBERG (B.). — Rates of Mental Disease among Certain Population Groups in New York State — *J. of the Am. Statistical Association*, 31, 1936, p. 545-548.
78. MALZBERG (B.). — Social and Biological Aspects of Mental Disease-State Hosp. Press. Utica, N. Y., 1940.
79. MALZBERG (B.). — Mental Disease among Puerto-Ricans in New York State — *Psychiat. Quarterly*, 22 (2), 1948, p. 300-308.
80. MALZBERG (B.). — A Statistical Study of Patients in the New York Civil State Hospitals, April 1, 1950 — *Psychiat. Quart. Suppl.*, 23, 1952, p. 70-85.

81. MALZBERG (B.). — The Distribution of Mental Diseases in New York State 1949-1951 — *Psych. Quart. Suppl.*, 29, 1955, p. 209-238.
82. MALZBERG (B.). — Mental Disease among the Native and Foreign Born White Populations of New York State, 1939-1941 — *Mental Hygiene*, 39, 1955, p. 545-563.
83. MALZBERG (B.). — Mental Disease among Puerto-Ricans in New York City, 1949-1951 — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 123, 3, 1956, p. 262-269.
84. MALZBERG (B) and LEE (E. S.). — Migration and Mental Disease : a Study of first Admissions to Hospitals for Mental Disease, New York 1939-1941, with an Introduction by Dorothy S. Thomas — The Social Science Research Council, New York, 1956, X — 142 p.
85. MARIE (A.). — Les aliénés étrangers en France — *Ann. Med. Psychol.*, 1930, II, p. 264.
86. MARIE (A.). — Immigration et hygiène mentale. Remarques à propos de l'article du Dr Martial — *Hyg. ment.*, 29, 1934, p. 25-32.
87. MARIE (A.). — Immigration et hygiène mentale — *Arch. Internat. de Neurol.*, 53, 1934, 181-188.
88. MARTIAL (R.). — Etude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration — *Hyg. ment.*, 28, 1933, 2, p. 29-51 et 3, p. 53-71.
89. MARTIAL (R.). — L'immigration et les fous — Communication faite à l'Académie des sciences morales et politiques, Paris, janvier 1933.
90. MARTIAL (R.). — L'immigration continentale et transcontinentale — Baillière, Paris, 1933.
91. MARTIAL (R.). — Race, groupements sanguins et hygiène mentale — *Hyg. ment.*, 1935, p. 166.
92. MARTIAL (R.). — Vie et constance des races — *Mercur de France*, Paris, 1939.
93. MAY (J.V.). — Immigration and the Insane in the State of New York *New York State Hospital Bull.*, 4, 1912.
94. MAY (J. V.). — Immigration as a Problem in the State Care of the Insane — *Am. J. of Insanity*, 69, 1912.
95. MELSOM (L.). — Amerikaophold og sindssygdom — *Med. Revue*, 24, 1924.
96. MERLOO (A. M.). — Problems of Displaced People, in « Aftermath of Peace », New York, International Universities Press, 1946.
97. ... (Metropolitan Life Insurance Company). — The Chances of Becoming Mentally Ill — *Metropolitan Life Insurance Company Statistical Bulletin*, 18, (7) July 1937, p. 5-8.
98. MOLONEY (J. C.) and BIDDLE (Ch. R.). — A Psychiatric Hospital in Military Government — *Psychiat.*, 8, 1945, p. 400.
99. MONGE (C.), CONTRERAS (L.), VOLASQUEZ (T.), REYNAFARJE (C.), MONGE CASINELLI (C.), CHAVEZ (R.). — Adaptaciones fisiológicas de los habitantes del tropico en relacion con los cambios de altitud — *An. Fac. Med.*, 31, 1946.
100. MONGE CASINELLI (C.). — Glucosa, acido lactico y acido piruvico al nivel del mar y en la altura — *An. Fac. Med.*, 32, 1947.
101. MOREIRA (J.). — *Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*, mars 1935.
- 101 bis. MURPHY (H. B. M.). — Les psychoses des réfugiés en Grande-Bretagne : Les admissions dans les hôpitaux psychiatriques, in « Personnes déplacées », IV, 2, U.N.E.S.C.O., 1955, p. 187-211.
102. NELSON (O. N.). — History of the Scandinavians in the United States — Minneapolis, 1900.
103. NUTE (A. J.). — Immigration from a Mental Hygiene Standpoint — *J. of Nerv. a. Ment. Dis.*, 52, 1920.

104. OLIVEIRA (DE). — Prophylaxie des maladies mentales parmi les immigrants : dispositions psychiatriques et légales au Brésil — *Arqu. Brasil. de Hyg. Ment.*, 1932, p. 16-35.
105. OLIVEIRA VIANNA. — Raça e assimilação — Sao Paulo, 1934.
106. ODEGAARD (O.). — Emigration and Insanity. A Study of Mental Disease among the Norwegianborn Population of Minnesota — *Acta Psych. Neurol. Scand.*, suppl. IV, 1932.
107. ODEGAARD (O.). — Emigration and Mental Health — *Ment. Hyg.*, 20, 1936, p. 546-553.
108. POLLOCK (H. M.). — A Statistical Study of the Foreignborn Insane in the New York State Hospitals — *N. Y. State Hospital Bull.*, 4, 1912.
109. POLLOCK (H. M.). — Geographical Distribution of Dementia Praecox in New York State — *The State Hosp. Quarterly*, 4, 1919.
110. POLLOCK (H. M.). — Mental Disease in the United States in Relation to Environment, Sex and Age — *Am. J. of Psychiat.*, 4, 1925.
111. POLLOCK (H. M.) and MALZBERG (B.). — Expectation of Mental Disease — *Psychiat. Quart.*, 2, 1928, p. 549-579.
112. POLLOCK (H. M.) and MALZBERG (B.). — Expectation of Mental Disease — *Ment. Hyg.*, 13, 1929, p. 132-163.
113. POLLOCK (H. M.) and NOLAN (W. J.). — Sex, Age and Nativity of Dementia Praecox first Admissions to the New York State Hospitals, 1912 to 1918 — *The State Hospital Quarterly*, IV, 1919.
114. RANNEY (M. H.). — On Insane Foreigners — *Am. J. of Insanity*, 7, 1850.
115. ROBERTS (B. H.) and MYERS (J. K.). — Religion, National Origin, Immigration, and Mental Illness — *Am. J. of Psychiat.*, 110, 10, 1954, p. 759-764.
116. ROBERTSON (J. W.). — Prevalence of Insanity in California — *Am. J. of Insanity*, 60, 1903, p. 81-82.
117. ROSANOFF (A. J.). — Some Neglected Phases of Immigration in Relation to Insanity — *Am. J. of Insanity*, 72, 1915, p. 45-58.
118. SALMON (Th. W.). — The Diagnosis of Insanity in Immigrants — U. S. Public Health Service Reports, 1905.
119. SALMON (Th. W.). — The Relation of Immigration to the Prevalence of Insanity — *Am. J. of Insanity*, 64, 1907.
120. SALMON (Th. W.). — Immigration and Insanity — *Am. J. of Insanity*, 1907.
121. SALMON (Th. W.). — Immigration and the Prevention of Insanity — *Boston Med. and Surg. J.*, 169, 1913.
122. SALMON (Th. W.). — Immigration and the Mixture of Races in Relation to the Mental Health of the Nation, in WHITE and JELLIFFE : « The Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases », I, p. 241-286. Lea and Febiger, Philadelphia, 1913.
123. SELAND (H.). — Om klimaets indflydelse pa nordmaend i Amerika — *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 29, 1909.
124. SEGUIN (C. A.). — Migration and Psychosomatic Disadaptation — *Psychosom. Med.*, XVIII, 5, 1956, p. 404-409.
125. SIVADON (P.). — Géographie humaine et psychiatrie. Rapport au XLVI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Marseille, 1948.
126. SPITZKA (E. C.). — Race and Insanity — *Journ. of Nerv. and Ment. Dis.*, 7, 1880.
127. STELLA (A.). — Paper Read at the National Immigration Conference, 1923.
128. SWIFT (H. M.). — Insanity and Race — *Am. J. of Insanity*, 70, 1913.

129. TIETZE (Ch.), LEMKAU (P.) and COOPER (M.). — Personality Disorder and Spatial Mobility — *Am. J. of Sociology*, 48, 1942, p. 29-39.
130. TOLONE (G.). — Emigration et folie — *Il Manicomio*, 1908, 1. Analyse in *Ann. Med. Psychol.*, 1912, I, p. 358-359.
131. TORRUBIA (A. et H.). — Contribution à une psychopathologie sociale. Recherche sur la transplantation, in *Etudes de sociopsychiatrie, Monographie n° 7* de l'Institut national d'hygiène, Paris, ministère de la Santé publique, 1955, p. 59-81.
132. TREADWAY (W.L.). — Mental Hygiene with Special Reference to the Migration of People — *Public Health Bull.*, n° 148, 1925, U.S. Public Health Service, Washington, 1925.
133. TYHURST (L.). — Displacement and Migration, a Study in Social Psychiatry — *Am. J. of Psychiatry*, 107, VIII, 1951, p. 561-568.
134. WALDMANN (M.D.). — The Alien as a Public Charge with Particular Reference to the Insane, 13th N.Y. State Conference of Charities, 1914.
135. WANKLIN (J.M.), BUCK (C.W.) and HOBBS (G.E.). — The Trend of first Admission Rates to Mental Hospitals in Ontario, 1927-1946 — *Canadian J. Pub. Health*, 45, 1954, p. 246.
136. WANKLIN (J.M.), FLEMING (D.F.), BUCK (C.W.) and HOBBS (G.E.). — Factors Influencing the Rate of first Admissions to Mental Hospitals — *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 121, 1955, p. 103-116.
137. WARD (Robert DE COURCY). — Some Thoughts on Immigration Restriction — *Scientific Monthly*, October 1922.
138. WEDGE (B.M.). — Occurrence of Psychosis among Okinawans in Hawaii — *Am. J. Psych.*, 109, 3, 1952, p. 255-258.
139. WEDGE (B.M.) and ABE (Sh.). — Racial Incidence of Mental Disease in Hawaii — *Hawaii Med. J.*, 8, 1949, p. 337.
140. WEYGANDT (W.). — Die ausländische, insbesondere die überseeische, Geisteskranken — *Münch. Med. Wochenschr.*, 59, 1912.
141. WHITE (W.A.). — Geographical Distribution of Insanity in the United States — *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 30, 1903, p. 257.
142. WINBERG (O.K.). — Degenererer nordmaendene i Amerika ? — *Nordmandsforbundet*, 3, 1910.
143. WRIGHT (A.O.). — Paper Read at the National Conference of Charities and Correction, 1884.

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique

Il ne serait pas pensable d'aborder les problèmes de santé mentale posés par les populations migrantes sans chercher à caractériser quelque peu, à partir des apports de la clinique, la structure des types d'accidents pathologiques rencontrés.

Seule, en effet, la clinique psychiatrique est susceptible de jeter un pont entre les positions psychosociologiques des problèmes de migration, telles qu'elles se sont progressivement structurées autour de concepts tels que l'adaptation, l'assimilation ou l'acculturation, et cette expression frappante de la faillite au moins partielle du processus idéal d'intégration des sociologues qu'on ne peut manquer de voir dans le développement des données statistiques sur la morbidité mentale telles qu'elles ont été exposées ci-dessus. De part et d'autre, statisticiens et sociologues se tournent vers l'expérience concrète de la clinique psychiatrique pour tenter d'y démêler, sinon le pourquoi, du moins le comment de la lourde hypothèque qui semble fatalement grever tout mouvement de migration humaine.

Le problème apparaissant très complexe, et les questions qu'il soulève s'insérant difficilement dans les cadres des diverses nosographies symptomatiques des différentes écoles, les recherches se sont historiquement développées sans beaucoup d'ordre et pour une large part dans le but de servir de base technique à l'élaboration de législations de contrôle de l'immigration. La perspective adoptée est ainsi longtemps restée de nature constitutionnaliste et ségrégationniste, visant à souligner la carence, ou au contraire la validité, de tel ou tel « stock » ethnique ou national. Encore ce point de vue, qui sous-entendait une « inadaptabilité » élective de tel ou tel contingent d'immigration, représente-t-il un état déjà évolué de la doctrine, dont le thème central avait longtemps été l'« exportation » sélective des malades mentaux par les pays d'émigration. Le seul point de contact admis entre la psychiatrie et les mouvements migratoires était alors inclus dans la notion de migration pathologique (aliénés migrants), qui fournissait un cadre clinique symptomatique clair et bien défini.

Cette emprise des cadres nosographiques symptomatiques n'a d'ailleurs pas cessé de se manifester dans les recherches ultérieures. Les frontières respectives de ces cadres étant, en dépit d'une terminologie commune, extrêmement variables d'une école à l'autre, les conclusions formulées ne laissent pas d'être apparemment discordantes. C'est ainsi que l'école américaine a plus ou moins fait de la schizophrénie, dans le domaine qui nous intéresse, l'entité privilégiée des syndromes psychopathologiques de la transplantation.

Inversement, les psychiatres européens se sont beaucoup plus intéressés aux syndromes aigus que de vieilles traditions cliniques, plus orales qu'écrites d'ailleurs, leur ont appris à analyser en fonction de leurs commémoratifs. Encore s'agit-il là d'une schématisation extrêmement simplifiée de démarches méthodologiques dont le principe est beaucoup plus souvent implicite que clairement formulé.

En fait, sous cette apparente hétérogénéité de tendances et de perspectives apparaissent les éléments — complexes il est vrai — d'une certaine unité. C'est autour de ces éléments que nous avons tenté de rédiger ce chapitre. L'importance des problèmes posés, telle qu'elle ressort de l'analyse de la littérature statistique, nous a autorisé à cette synthèse. Il est cependant certain que les courants de recherches analysés ci-dessous sont restés assez en marge de l'évolution contemporaine de la psychiatrie et que les cadres doctrinaux manquent pour un exposé de ce type.

L'analyse d'une littérature aussi importante par son volume qu'hétérogène par son orientation confronte sans arrêt le lecteur à une superposition de thèses et d'orientations diverses et parfois opposées dont l'articulation n'est pas toujours à l'abri de la critique. Les apparentes contradictions ainsi relevées ont surtout la valeur d'un test de la résistance de certains concepts périmés dans certaines écoles. C'est pour permettre de juger de la cohérence historique et logique de certaines de ces interprétations que, les négligeant fréquemment dans les travaux où elles n'ont qu'un rôle secondaire et en quelque sorte parasite, nous les avons par ailleurs exposées dans leurs fondements techniques avec une générosité qui pourra paraître à certains excessivement complaisante. En fait, ces précisions sont d'autant moins inutiles que certaines de ces notions parmi les plus suspectes — telle par exemple celle de personnalité préémigrante pathologique — ont fait une brillante carrière dans des domaines de recherches extra-psychiatriques intéressés par les problèmes de migrations, et représentent encore à l'heure actuelle une interprétation trop facilement reçue.

Le plan adopté dans l'exposé qui suit n'est certainement pas à l'abri de toute critique. Nous avons espéré rendre les faits plus clairs en les sériant en fonction des principaux problèmes — doctrinaux ou opératoires — posés à l'observateur clinicien critique. La première partie est ainsi consacrée à l'étude des problèmes posés par les caractéristiques générales du matériel clinique. On trouvera là une revue rapide de certaines données relatives aux frontières nosographiques et aux problèmes généraux de « terrain » tels qu'ils ont été abordés sous différents angles. La seconde partie vise à établir un inventaire critique des différents syndromes auxquels s'apparentent les observations cliniques publiées par les auteurs; l'état actuel des données disponibles en ce domaine ne permet pas d'établir un clivage par fréquences et conditions évolutives superposé à la classification syndromatique. Nous avons enfin tenté, dans une troisième partie, de mettre en lumière, à l'aide des données historiques et des principales tendances d'interprétation psychopathologique, les grandes lignes de force autour desquelles nous paraît se dessiner actuellement, sur le seul plan de la clinique psychiatrique, l'homogénéité du cadre de description choisi par ce travail. Il est certain que nous ne nous serions pas aventuré dans l'élaboration d'une telle synthèse sans les arguments puissants que nous fournissaient les études de statistiques incidentielles exposées ci-dessus. Une brève revue de l'acquis actuel concernant la transplantation en matière de psychiatrie infantile termine ce chapitre.

En dépit de l'effort permanent auquel nous nous sommes astreint pour réaliser un exposé aussi clair que possible, nous avons dû tenir compte de ce que toute simplification au-delà de ce qui a été fait aurait abouti à une déformation grossière des faits et des interprétations. C'est là une vérité qu'il importe de méditer avant d'utiliser, comme cela s'est fait à tant de reprises dans le passé, les concepts psychiatriques plus ou moins déformés à des fins polémiques.

I. — CARACTERISTIQUES GENERALES DU MATERIEL CLINIQUE

I. — Les limites du cadre clinique des états pathologiques en rapport avec la transplantation

En raison du caractère peu systématique des travaux qui y ont été consacrés, il n'existe pas de définition théorique du cadre et des limites des états qui nous intéressent ici. Les diverses études analysées ci-dessous portent en règle sur des aspects très particuliers de la question, et la référence à la mobilité géographique, si elle est impliquée dans la nature même du matériel ou de la perspective utilisés, n'est pas toujours explicite. Cette absence de tradition doctrinale (sauf toutefois en ce qui concerne les états nostalgiques) a le gros avantage d'avoir maintenu les travaux cliniques et psychopathologiques que nous passerons en revue dans les limites de l'observation et de l'interprétation immédiates.

Il nous paraît cependant utile, sinon nécessaire, comme préliminaire à cette tentative de synthèse, de chercher à déterminer, au moins par la négative, le domaine couvert par les travaux que nous avons pu retrouver.

La tradition de la grande nosographie symptomatique du XIX^e siècle fait de la mobilité géographique un symptôme pathologique révélateur de certains états délirants systématiques. A cet égard, le rappel des distinctions établies par Achille FOVILLE fils (1875) dans son travail devenu classique sur « les aliénés voyageurs et migrants » n'est pas sans intérêt. L'auteur exclut du cadre de son travail les fugues pathologiques des imbéciles, des épileptiques, des déments et des « accès périodiques » des dipsomanes « instinctifs ». Les aliénés voyageurs qu'il décrit sont des lypémaniques, soit persécutés purs, soit persécutés mégalomaniques, chez lesquels la migration apparaît comme un « acte réfléchi et parfaitement conscient, conséquence raisonnée d'un délire systématique ». Il ne s'agit pas « d'une forme spéciale de folie, la monomanie des voyages », mais d'un élément symptomatique qui « rentre à tous égards dans le cadre de la lypémanie ». Cette perspective devait longtemps prévaloir et nous a valu de nombreuses études cliniques, spécialement de l'école française, sur lesquelles il nous est impossible de nous étendre ici.

L'orientation générale des travaux analysés ci-dessous est sensiblement différente. La mobilité géographique n'y est plus en effet considérée en tant que symptôme, mais en tant que commémoratif. Les états pathologiques étudiés sont assez divers, mais ont pour caractéristique commune d'avoir été appréhendés dans des situations de transplantation. Le passage de la relation chronologique de succession à la relation de causalité est évidemment le problème méthodologique qui sous-tend de façon constante, bien que plus ou moins avouée, les travaux en question. La légitimité de cette démarche

(ou de telle ou telle de ses nombreuses modalités), qui conditionne en partie la légitimité de notre cadre de description, peut difficilement, en l'état actuel de nos connaissances, se déduire des données de la seule clinique monographique, bien que, nous le verrons au passage, un certain nombre de ces observations ait une valeur quasi expérimentale. Nous avons vu ailleurs quelles réponses l'étude statistique était susceptible de nous suggérer à ce problème. A ce propos, il importe de noter que ces mêmes études statistiques, en ce qui concerne la nosographie clinique et la prophylaxie mentale de l'immigration (régimes sélectionnistes), mettent généralement en évidence les très faibles taux de comitialité, d'oligophrénies et de démences, et que les états délirants chroniques sont en principe éliminés à l'immigration. La représentation des migrations pathologiques *sensu stricto* au sein des effectifs transplantés atteints de maladie mentale devrait donc généralement être voisine de zéro. Historiquement, la notion de facteur pathologique antérieur à l'émigration a d'ailleurs tendu à se déplacer dans le sens d'une analyse de la personnalité préémigrante.

II. — Le problème de la personnalité préémigrante

Postérieurement à l'épuration du cadre clinique des affections psychopathologiques des transplantés par le rejet des migrations pathologiques a été introduit le problème de la personnalité préémigrante, qui se situe au cœur même de notre sujet et dont il nous faut maintenant dire un mot.

Schématiquement, ce problème a été abordé suivant deux grands courants de tendances, qui ne prennent d'ailleurs toute leur netteté que chez quelques auteurs particulièrement caractéristiques et s'interpénètrent par ailleurs fréquemment suivant toute une gamme de transitions dans le détail desquelles il nous est impossible d'entrer ici. Nous touchons là à certains des grands problèmes fondamentaux de la psychiatrie et l'on ne saurait s'étonner de retrouver ici les grandes lignes de force de la pensée psychiatrique contemporaine. La première de ces tendances envisage la psychopathologie de la transplantation en termes constitutionnalistes de personnalité prépsychotique ; nous verrons d'ailleurs toutes les atténuations que les auteurs qui s'y rattachent apportent à ce point de vue. La seconde, d'inspiration psychanalytique, envisage surtout la valeur symbolique de l'émigration dans le dynamisme et la résolution des tensions conflictuelles du moi.

1. — LES THÉORIES CONSTITUTIONNALISTES. ÉMIGRATION ET PERSONNALITÉ PRÉPSYCHOTIQUE

Bien qu'il y ait quelque abus à centrer ce type d'interprétations sur les réflexions d'un auteur auquel nous devons l'une des critiques les plus pertinentes et les plus productives des tendances constitutionnalistes précisément, nous devons citer ici le nom de O. ODEGAARD (1932) que la littérature a traditionnellement consacré comme l'un de ses promoteurs. Se basant sur la notion de psychotype kretschmérien, ODEGAARD émet l'hypothèse que la forte représentation de syndromes schizophréniques parmi les malades mentaux d'origine norvégienne hospitalisés au Minnesota est à rapporter à une prédominance relative des effectifs de personnalités schizoïdes au sein de l'immigration norvégienne aux États-Unis. L'auteur passe en revue les nombreux traits du caractère schizoïde qui peuvent être déterminants pour l'émigration. Néanmoins, et pour nous en tenir aux seules critiques formulées par l'auteur,

s'il joue en faveur de l'émigration, le psychotype schizothyme est également de nature à jouer contre elle. Par ailleurs, même en rejetant l'hypothèse d'une influence écologique exclusive (envisagée au même titre par lui), ODEGAARD tend à considérer le facteur schizoïde surtout comme un *psychobiological make up* au sens d'Adolf MEYER (*loc. cit.* p. 105), ce qui rend cette interprétation beaucoup plus large.

Il importe d'ailleurs de noter que cette prépondérance des syndromes schizophréniques est surtout soulignée dans les études d'origine ou d'inspiration américaines (BANNISTER et HEKTOEN, 1887; H. M. POLLOCK, 1912; POLLOCK et NOLAN, 1919; H. ARNESEN, 1917; L. MELSOM, 1924; O. ODEGAARD, 1932; B. MALZBERG, 1956; B. MALZBERG et E. LEE, 1956) ou dans des travaux concernant des malades mentaux refoulés par les services américains d'immigration (L. EPSTEIN, 1914; W. WEYGANDT, 1912). Les travaux d'autre origine, comme nous le verrons plus loin, mettent l'accent sur d'autres rubriques nosographiques vis-à-vis desquelles l'usage de la notion de psychotype kretschmérien n'a plus une valeur aussi universellement explicative (1).

H. B. M. MURPHY (1955), qui met également en évidence, par l'analyse des documents cliniques relatifs à 273 personnes déplacées hospitalisées dans les services psychiatriques britanniques, un taux d'affections du groupe schizophrénie-paranoïa nettement supérieur aux taux caractéristiques de la population britannique moyenne normalisée, envisage d'ailleurs un autre type d'interprétation. Se basant sur les travaux de l'école de Chicago, il fait remarquer que l'éventail socio-économique, qui caractérise la population transplantée qu'il étudie, est également celui où le risque schizophrénique est le plus élevé.

2. — LES INTERPRÉTATIONS PSYCHANALYTIQUES.

LA VALEUR SYMBOLIQUE DE L'ÉMIGRATION

En dépit du rôle très contingent joué par des phénomènes tels que la mobilité géographique dans la dynamique instinctuelle systématisée dans la doctrine psychanalytique, quelques auteurs de formation analytique ont été amenés, par le jeu des événements, à s'occuper de populations transplantées et ont cherché, à partir de leur expérience, à caractériser la situation de transplantation. Il n'est pas inutile de noter qu'une partie importante de ces travaux a été réalisée après la dernière guerre sur des personnes déplacées plongées dans les conditions de vie très particulières des camps d'attente de diverses organisations, nationales ou internationales. Les conceptions psychanalytiques ont d'ailleurs eu fréquemment une incidence non négligeable sur les méthodes d'organisation de tels camps.

Dans l'historicité de la personne, la transplantation et sa traduction psychologique contingente, le déracinement (*Entwurzelung*), ont surtout la

(1) Ce problème de la personnalité préémigrante semble avoir depuis longtemps déjà préoccupé les psychiatres, même en dehors des Etats-Unis, où il se posait avec le maximum d'acuité. La littérature spécifiquement européenne sur le sujet est malheureusement fort peu dense, bien que parfois originale. C'est ainsi que B. PAILHAS (1897) publie une étude statistique comparée de thématique délirante sur les « idées de richesse et de grandeur chez les émigrés aliénés ». En tenant compte des erreurs dues à la répartition relative des cas de paralysie générale, l'auteur est ainsi amené à mettre en évidence une fréquence particulière des idées de richesse et de grandeur rendant compte d'une tendance préalable, chez les émigrés, « à poursuivre au loin des rêves d'ambition et de fortune ».

valeur d'une fuite (*Flucht*) [M. PFISTER AMMENDE, 1952; l'auteur ne s'étend d'ailleurs pas autrement sur l'analyse de cette contingence]. Le déracinement reflète, au sein de la personnalité, en fonction de son stade évolutif, une attitude vitale d'ordre général (*ein generales Lebensproblem*) concernant la relation à autrui, à la société et à la sphère morale (*ibid.*, p. 340). Le déracinement forcé (par expulsion) n'est qu'un cas particulier: « Die infolge Vertreibung und Flucht auftretende Entwurzelung stellt nur einen *Sonderfall* dieses grundsätzlichen seelischen Problems dar » (*ibid.*, p. 341). Par ailleurs, l'auteur distingue deux catégories de déracinés: déracinés « exogènes » par l'intervention d'un facteur extérieur, pour lesquels l'organisation pathologique du traumatisme de déracinement est le fait de prédispositions constitutionnelles, et déracinés « sociaux », pour lesquels les circonstances extérieures n'ont fait que mettre en évidence un déracinement permanent, caractéristique de la personnalité (schizoïdes de KRETSCHMER, par exemple).

La valeur symbolique de cette fuite peut apparaître dans la motivation profonde de l'exil, comme un mode de résolution de conflits d'ordre œdipien (S. A. PRINS, 1955) dont certains exemples historiques ont été spécialement analysés (Ch. BAUDOUIN, 1943).

Cette détermination conflictuelle de l'émigration va généralement de pair, dans la plupart des travaux, avec une caractérisation de la personnalité émigrée en termes de dépendance et de régression [M. PFISTER AMMENDE, 1949 (I), 1949 (II); O. ZAUGG, 1949; J. KAGE, 1950]. Assez paradoxalement, la solution psychologique des difficultés de réadaptation apparaît fréquemment recherchée dans la création d'*imago* paternelles substitutives [voir M. PFISTER AMMENDE, 1949 (III)]. La part qui revient, dans la formation de ces notions, au milieu d'observation très particulier que constituaient les camps de personnes déplacées, ne doit pas être sous-estimée (voir: L. ADELBERGER, 1947; TRONCHIN-JAMES, 1950).

Dans une perspective plus générale, J. RUESCH, JURGEN et *al.* (1948) cherchent à intégrer les composantes historiques de la personnalité dans un processus en « cercle vicieux » de l'adaptation pathologique: acculturation — frustration — colère — hostilité des autochtones — acculturation retardée — frustration accrue.

III. — Fond mental et niveau culturel des populations migrantes

Initialement mis à l'ordre du jour par les recherches d'origine américaine concernant la valeur des différents « stocks » ethniques, le problème du « niveau d'intelligence » des populations migrantes a fortement préoccupé les spécialistes, dans la mesure où la mise en évidence d'une infériorité qualitative psychique de ces populations apparaissait de nature à fournir une explication aux forts taux d'incidence psychopathologique qui les caractérisent.

1. — LES RECHERCHES PSYCHOTECHNIQUES

Avant d'aborder l'étude des aspects cliniques des troubles mentaux développés parmi les populations migrantes, nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt d'effectuer une brève revue de la littérature qui a, sous l'angle psychotechnique et statistique, cherché à dégager les caractéristiques moyennes d'importantes populations immigrées en ce qui concerne le niveau mental.

psychométrie — l'intelligence testée — et le niveau culturel. Par leurs tendances générales, la grande majorité de ces études se rapportent à un stade donné de l'évolution technico-politique du problème qui nous intéresse. La plus grande part en a été publiée entre 1920 et 1930 aux Etats-Unis, soit dans un contexte de développement et de vulgarisation des courants d'opinion « sélectionnistes », et dans une période d'intense — et parfois aveugle — prolifération des techniques psychométriques. Les conclusions des auteurs eux-mêmes aboutissent d'ailleurs fréquemment à un constat de carence. La plupart des travaux analysés ci-dessous ont déjà fait l'objet d'une critique très pertinente d'O. ODEGAARD (1932) dont nous nous sommes fortement inspiré dans ce qui suit.

Les techniques adoptées par E. H. MULLAN dans l'examen des émigrants à Ellis Island et décrites dans son rapport de 1917 font surtout intervenir les moyens d'examen de la clinique psychiatrique courante, et l'auteur insiste sur la nécessité de conformer les épreuves utilisées au niveau et au registre des connaissances culturelles générales de chaque type d'immigrant, tel qu'il peut être apprécié en fonction d'une longue pratique de ce genre d'examen. L'auteur fournit quelques données numériques portant en particulier sur les effectifs d'oligophrènes dépistés (*cf.* tableau XV).

TABLEAU XV

MALADES MENTAUX

DÉPISTÉS AU CENTRE DE TRIAGE SANITAIRE DES IMMIGRANTS D'ELLIS ISLAND
EN JUIN, JUILLET ET AOUT 1916

D'après E. H. MULLAN (1917)

	NOMBRE DE PASSAGERS d'entrepont examinés	« MARQUÉS » (PREMIER DÉPISTAGE)	LIBÉRÉS dans la JOURNÉE	DÉTENUS	CERTIFICATS RÉDIGÉS AU TRIAGE		
					Oligophrènes	Imbéciles	Epileptiques
Juin	11 465	1 219	974	245	35	1	—
Juillet	8 282	936	737	199	15	—	1
Août	10 964	895	729	166	20	—	—
TOTAL . .	30 711	3 050	2 440	610 (1)	70	1	1

(1) Dont 108 malades certifiés comme oligophrènes ou malades mentaux après observation dans un hôpital psychiatrique.

H. H. GODDARD (1917) utilise simultanément des tests du type Binet-Simon et des tests d'efficienc. Ces derniers se montrent peu valables. L'auteur considère que, dans ces conditions d'utilisation, le niveau de dix ans d'âge mental doit être considéré comme normal. En dépit de ces tolérances, 40 % des immigrants examinés manifestent une oligophrénie caractérisée.

Inversement, l'examen psychotechnique systématique des enfants immigrants effectué en 1923 à Ellis Island par B. BOODY (1924) ne met pas en

évidence de différence significative par rapport aux enfants de naissance américaine. On ne relève pas d'hétérogénéité entre les divers échantillons d'origine géographique ou raciale. L'auteur utilise simultanément des tests verbaux et des tests d'efficiencia.

A. SWEENEY (1922) utilise des tests *bêta* de l'armée américaine pour l'étude des immigrants ayant déjà un certain temps de résidence aux Etats-Unis. Le quotient intellectuel ainsi déterminé est particulièrement bas chez les immigrants originaires de l'Europe méridionale et orientale, et l'auteur met en garde contre la « nouvelle immigration » de qualité inférieure. A l'opposé, les immigrés originaires de l'Europe septentrionale et occidentale manifestent un haut niveau d'intelligence psychométrique.

On retrouve une orientation analogue dans les travaux de YERKES (1921) et de G. L. BROWN (1922).

K. YOUNG [1922 (I), 1922 (II)] parvient à des conclusions identiques à partir d'une étude psychométrique de 1.000 écoliers de diverses villes et agglomérations du centre-ouest de l'état de Californie. La grande majorité de ceux-ci (90 % des écoliers d'origine « latine », 100 % d'origine européenne septentrionale) est formée d'immigrants de seconde génération (enfants nés aux Etats-Unis). Les enfants d'origine « latine » apparaissent ainsi inférieurs d'environ 13 % aux « Nordiques » d'après les tests. Cette infériorité se traduit également dans le travail scolaire et dans les appréciations des professeurs. Le handicap linguistique paraît à l'auteur d'importance secondaire, mais l'intelligence psychométrique est en corrélation avec le niveau professionnel du père, ce qui défavorise les enfants d'immigrants. A partir de ces résultats, YOUNG formule une critique de la législation des *quota*, dont le système repose sur les représentations relatives caractéristiques de la « nouvelle immigration » (première rédaction du *Quota Act*, 19 mai 1921, année de référence : 1910, voir ci-dessous).

Les conclusions du travail de C. C. BRIGHAM (1923) sont du même type. Les immigrants sont d'un niveau moyen d'intelligence (psychométrique) inférieur à celui des autochtones. Ceci est spécialement vrai en ce qui concerne les « races non nordiques » (alpine et méditerranéenne), et le niveau mental moyen de l'immigration aux Etats-Unis décline avec la représentation relative des Nordiques.

Cette même perspective sélectionniste se retrouve, au cours des années suivantes, dans plusieurs travaux : FEINGOLD (1924), M. BERE (1924), N. D. M. HIRSH (1926), Th. R. GARTH (1931). Elle est reprise dans l'exposé synthétique présenté à la Session annuelle de 1932 de l'*American Association for the Study of Feeble-mindedness* par L. KOLB.

En fait, cette prolifération de travaux psychométriques d'inspiration sélectionniste ne devait pas se développer sans critiques.

Nous avons vu plus haut que B. BOODY parvenait en 1924 à des conclusions négatives.

MEAD reprend en 1926 la critique méthodologique de la psychométrie différentielle.

Mais ce sont en fait les travaux d'Otto KLINEBERG (1931, 1935, 1938) qui consacrent la réaction contre ce courant d'interprétations, en insistant sur le fait que les tests, ayant servi à démontrer la supériorité des éléments issus de vieille souche américaine ou en provenance d'Europe occidentale,

sont beaucoup plus propres à caractériser le degré d'intégration socio-culturelle des divers éléments au milieu américain que leur intelligence générale propre.

Les conclusions des travaux ultérieurs vont généralement dans ce sens antisélectionniste. C'est le cas par exemple pour l'étude des jeunes réfugiés de Prusse orientale en Allemagne fédérale réalisée par K. V. MULLER (1953).

En raison des difficultés éprouvées dans l'interprétation des résultats obtenus et du caractère contradictoire de ceux-ci, les applications pratiques des techniques psychométriques ont généralement été abandonnées ultérieurement dans le domaine qui nous intéresse ici. Certains auteurs leur restent cependant fidèles. Ainsi, en Argentine, C. LAMBRUSCHINI (1938) préconise-t-il l'adoption d'une « fiche psychotechnique de l'immigrant » mentionnant les résultats de tests d'« habileté manuelle », d'« intelligence pratique » et d'« intelligence abstraite ».

Le problème a été repris, plus récemment, et avec beaucoup de réserves, en ce qui concerne l'immigration d'origine nord-africaine musulmane en France métropolitaine (J. BONNAIRE, 1952; RIEURTAUD, 1952; R. DE ROCQUIGNY, 1952; P. VOISIN, 1952; F. SIMON, 1952; PECHART, 1952; J. KLÉPAL, 1954). L'objectif visé est d'ailleurs essentiellement une meilleure orientation professionnelle de la main d'œuvre nord-africaine immigrée au sein des entreprises industrielles. Les auteurs insistent unanimement sur la nécessité d'interpréter, dans chaque cas individuel, les scores psychométriques en fonction de nombreux facteurs connexes, éminemment variables (niveau et origine des acquisitions scolaires, formation technique passée et fréquentation antérieure des milieux industriels, état physique, etc.). L'utilisation des tests de niveau apparaît décevante, même en éliminant les épreuves verbales. Des batteries de composition variable sont mises en œuvre par le service de sélection du gouvernement général de l'Algérie (VOISIN, 1952), comportant des tests de visualisation (test de YERKES, carrés de RIBAKOFF, Minnesota, briques) et des tests psycho-moteurs ou d'« intelligence pratique » (fil de fer : technique de SPRENG modifiée par MEILI, P. VOISIN, 1952; STENQUIST; tourneur de LAHY; pointage de LAHY; dextérimètre à chevilles). Les épreuves utilisées en métropole, pour la sélection dans les centres de formation professionnelle accélérée, par le Centre d'études et de recherches psychotechniques du ministère du Travail (F. SIMON, 1952) [ficelle, sticks copie, BENDER sans cadre, sticks mémoire, BENDER avec cadre] excluent également les tests crayon-papier. L'expérience de ces épreuves étant, en métropole, assez récente, les conclusions sont généralement réservées.

2. — LES TECHNIQUES DÉMOGRAPHIQUES : LE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE

Devant la faillite des techniques psychométriques, ce sont surtout les variables démographiques caractéristiques de l'éventail socio-économique des populations considérées qui ont retenu les auteurs. La validation opérationnelle prévalente de ce type d'abord ne doit pas faire perdre de vue que les caractéristiques ainsi dégagées ont certainement une signification aussi importante vis-à-vis de la psychopathologie que des estimations psychométriques de quotients intellectuels.

Nous ne reviendrons pas sur les divers travaux ayant abordé ce problème, travaux que nous avons analysés plus haut (M. WALDMANN, 1914; O. ODEGAARD, 1932; B. MALZBERG, 1936; DAUMEZON, CHAMPION et CHAMPION-

BASSET, 1954, 1955; H. B. M. MURPHY, 1955). Rappelons seulement que les résultats en sont relativement homogènes et autorisent des pondérations statistiques conséquentes. Les populations migrantes sont ainsi généralement caractérisées par une sous-représentation relative des catégories socio-économiques stables et de haut niveau technique (qui sont également celles où l'incidence psychopathologique est minima), la ventilation relative dans les divers types et niveaux d'emplois subissant par ailleurs quelques variations avec le type d'immigration considéré.

II. — LES SYNDROMES CLINIQUES

Qu'ils établissent clairement la distinction ou qu'ils ne fassent que s'y référer implicitement, qu'ils abordent les deux ou l'un seul des groupes considérés, la majorité des auteurs auxquels nous sommes redevables d'une analyse clinique des états psychopathiques présentés par des malades transplantés ont coutume de se référer à deux larges catégories syndromatiques. Il n'y a en cela rien qui doive surprendre, puisque le premier groupe représente en gros celui des psychoses aiguës et paroxystiques, et le second celui des évolutions psychotiques chroniques. Encore s'en faut-il que cette distinction ait exactement la même valeur pour tous. S'il est de fait que la notion clinique de « psychopathe d'importation » a pratiquement perdu l'importance que lui avaient fait acquérir les théories constitutionnalistes et dégénératives vers la fin du XIX^e siècle (et ceci en grande partie en raison du renforcement des législations sur l'immigration), il n'en reste pas moins que les rapports entre les états psychotiques décrits et les situations de transplantation auxquelles ils sont rapportés sont diversement appréciés. Ceci doit rester présent à l'esprit dans la lecture de ce qui suit.

I. — Les états aigus

Une part importante des descriptions cliniques concerne des états aigus chez des transplantés de fraîche date, les rapports entre les deux ordres de phénomènes, facilement apparents par l'investigation clinique traditionnelle, ayant généralement frappé les auteurs.

Cliniquement, il s'agit de dissolutions aiguës régressives de niveau variable.

Les perturbations du rythme du sommeil, les troubles thymiques mineurs, les modifications du caractère et du comportement, qui en représentent l'aspect le plus discret, ont été décrits par quelques auteurs.

A. A. WEINBERG [1949 (I), 1949 (II)], dans son étude sur l'adaptation en Israël des immigrants d'origine hollandaise, fait état d'une augmentation des besoins en sommeil généralement ressentie dans la population étudiée (52,1 % des sujets étudiés) parallèlement à une augmentation de la durée et de la profondeur du sommeil, ainsi que d'une fatigabilité accrue et d'un nervosisme exagéré. Ces trois types de manifestations n'apparaissent pas conditionnés par un facteur commun exogène (tel par exemple que le surmenage dans les tâches habituelles).

Des manifestations précoces identiques sont décrites par A. SEGUIN (1951) en ce qui concerne les montagnards des hauts plateaux andins trans-

plantés, pour des raisons économiques, dans les cités industrielles des basses altitudes ou du littoral péruvien.

L'évolution dynamique des intérêts affectifs chez les boursiers *Fulbright* norvégiens aux Etats-Unis, étudiée par Sv. LYSGAARD (1955), fait ressortir l'existence de phases précoces de crise, caractérisées par une tendance dépréciative systématique et une orientation dépressive mineure de l'état thymique.

Les états francs de dépression ou d'excitation, mieux caractérisés cliniquement, ont beaucoup plus retenu les auteurs.

On peut ranger dans le premier groupe le noyau commun des états nostalgiques, du moins dans leur acception classique (nous aurons à revenir sur ce point). Ce type d'état correspond en particulier à la « nostalgie aiguë » de LARREY (1821), aux « dépressions vitales des femmes transplantées » de E. E. KRAPF (1941), aux « réactions primaires » de H. E. LEHMANN (1953). Cliniquement, il s'agit d'états dépressifs anxieux plus ou moins accusés, dont la thématique est évidemment structurée autour de l'expérience de transplantation (« l'éloignement de la famille et du village » de la nostalgie classique), mais dont la description clinique n'appelle aucun commentaire particulier. Au maximum, on a affaire au grand mutisme anxieux avec prostration. Un certain nombre de manifestations somatiques, à vrai dire peu étudiées, accompagnent ces états : c'est le cas pour les observations publiées par KRAPF (aménorrhée transitoire). Les états francs et purs d'excitation, à l'opposé, apparaissent exceptionnels. Nous n'en connaissons pas d'observation publiée. Les épisodes d'excitation psychomotrice rencontrés s'apparentent en règle aux états délirants aigus.

Les états délirants aigus ont fait l'objet de nombreuses descriptions cliniques, parmi les contingents de l'armée austro-hongroise issus des provinces particularistes et transplantés en milieu germanophone durant la guerre de 1914-18 (H. HERSCHMANN, 1919-1921; R. ALLERS, 1921), puis chez divers types de transplantés (K. SCHNEIDER, 1930; F. KNIGGE, 1935; S. PEDERSEN, 1949, 1955), chez les immigrants hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques argentins (F. KRAPF, 1939), chez les sujets d'origine polonaise transplantés en Grande-Bretagne après la fin des hostilités (F. F. KINO, 1951-1955), chez des travailleurs à l'étranger rapatriés en Italie pour troubles mentaux (L. TANFANI, 1954; L. TANFANI et G. CAPRINI, 1954).

Initialement décrits par des auteurs de langue allemande, ces états sont généralement rangés sous l'étiquette d'« états paranoïdes » ou de « délires de relation » (voir ci-dessous). Ils se caractérisent par une thématique délirante interprétative centrée sur l'hostilité de l'entourage. Toutes les formes de passage apparaissent dans la structure comme dans l'évolution clinique de ces états, du *raptus* anxieux agité et faiblement délirant aux états confuso-oniriques avec troubles profonds de la conscience, en passant par les états hallucinatoires plus ou moins riches. Cliniquement, les descriptions s'apparentent à celles des bouffées délirantes polymorphes de l'école française.

Les états confuso-oniriques seront cités ici pour mémoire. Ils apparaissent parfois, nous l'avons vu, dans les observations publiées d'états délirants aigus, en tant qu'épisodes évolutifs. Ils ont fait l'objet, sous le nom de *acute Verwirrtheit*, d'une description particulière par L. EPSTEIN (1914) : étudiant un échantillon de 103 malades mentaux d'origine hongroise refoulés par les services d'immigration américains ou par les autorités des ports d'embarquement, celui-ci en retrouve les manifestations dans 22 % des cas. Ce sont des troubles d'apparition rapide, survenant durant le voyage ou rapidement

après le débarquement aux Etats-Unis, parfois même avant l'embarquement. Cliniquement, il s'agit d'une confusion anxieuse avec atteinte physique (trémulations, exagération des réflexes tendineux). L'éthylisme semble jouer un certain rôle. La thématique délirante persécutive est fréquente, en rapport avec l'isolement linguistique. L'auteur considère ce syndrome comme la plus typique des « psychoses des émigrants » et insiste sur ses analogies avec les psychoses carcérales.

Tous les syndromes ainsi décrits ont les caractères d'états aigus. Ils apparaissent brusquement, sans prodromes, voire chez des sujets dont l'anamnèse atteste la relative invulnérabilité psychique (KINO), à la suite de la transplantation, avec un délai variable (trois à six mois : « période critique » de LEHMANN, voir également ci-dessus CURLE et TRIST, TYHURST...), mais toujours relativement court. Ils se dissipent en règle rapidement (EPSTEIN, 1914), cette curabilité rapide étant rapportée au rapatriement (nostalgie des anciens auteurs), à la suppression de l'isolement linguistique (HERSCHMANN, ALLERS), ou à l'« adaptation » progressive au nouveau milieu (KINO). Ils sont généralement sans lendemain (*ibid.*).

En ce qui concerne l'aspect clinique, l'absence de spécificité syndromatique, généralement signalée par les auteurs qui ont analysé les réactions psychopathologiques aiguës des transplantés sans sélection syndromatique initiale (CURLE et TRIST; TYHURST; LEHMANN; SIVADON, KOEHLIN et GUIBERT; TANFANI; entre autres), est rendue plus patente encore par l'existence de nombreuses formes de transition entre les divers niveaux de dissolution, tant dans les tableaux cliniques donnés que dans l'évolution anamnétique de ceux-ci. Frappés par la fréquence de cette variabilité de la présentation syndromatique, certains ont même tenté de décrire un schéma type d'évolution clinique de l'accès psychopathologique aigu du transplanté. C'est en général l'état dépressif anxieux qui est alors considéré comme l'épisode initial le plus caractéristique et le point de départ évolutif auquel peuvent se ramener toutes les histoires cliniques aiguës des transplantés, notion qui est à rapprocher du centrage clinique traditionnel de la nostalgie classique et qui ouvre par ailleurs d'importantes perspectives pour certaines interprétations psychopathologiques. La dépression anxieuse constitue ainsi la « réaction primaire » de H. E. LEHMANN (1953), l'initiale « réaction de défense à l'ambiance » (L. TANFANI, 1954; L. TANFANI et G. CAPRINI, 1954).

II. — Les états chroniques

Un certain nombre d'aspects cliniques de long cours a été décrit par divers auteurs chez des malades ayant fait l'objet d'une transplantation.

Certains types d'attitudes ont été spécialement soulignés. LEHMANN (1953) considère ainsi l'hostilité comme une caractéristique très générale et durable, et en fait, dans sa description, une « réaction secondaire » (*secondary reaction*) caractéristique. D'autres auteurs (TYHURST, 1951) insistent sur la méfiance et l'anxiété à tous les degrés de transition de l'ébauche infraclinique au tableau psychotique caractérisé (*ibid.*).

Les états dépressifs de long cours occupent une place importante dans ce groupe.

De nombreux auteurs ont insisté sur la fréquence des états dépressifs à symptomatologie hypocondriaque (souvent qualifiés d'« états psychosomatiques » par les auteurs anglo-saxons, bien qu'ils signalent la rareté des

maladies psychosomatiques authentiques : voir TYHURST, *loc. cit.*). Ceux-ci ont ainsi été spécialement décrits chez les Arméniens (J. ALLIEZ et P. MERLAND, 1948) et surtout chez les Nord-Africains d'origine musulmane immigrés en France métropolitaine (J. ALLIEZ et H. DECOMBES, 1952), chez les immigrants en Israël (A. A. WEINBERG, 1949), dans les camps de personnes déplacées (P. ROBINSON, 1947), chez des personnes déplacées et réinstallées dans la région de Montréal (L. TYHURST, 1950, 1951). Il s'agit de tableaux cliniques extrêmement variables, mais tous caractérisés par leur fond dépressif, l'intensité et l'activité des doléances hypocondriaques, et leur désespérante chronicité d'évolution.

Un autre type de tableau clinique est représenté par certaines dépressions hyposthéniques graves et traînantes. Ce type de syndrome, qui rappelle par beaucoup de traits certaines descriptions de « nostalgies chroniques » des anciens auteurs, a surtout été étudié dans ces dernières années dans les camps des organisations internationales sous le nom d'« apathie des personnes déplacées » (E. BAKIS, 1948, 1949, 1953, 1955), mais aussi dans d'autres situations (domestiques d'origine allemande et autrichienne en Grande-Bretagne : I. FROST, 1938). Cet « état dépressif pseudo-psychasthénique des transplantés » (SIVADON, KOECHLIN, GUIBERT, 1954) est à rapprocher, sous beaucoup de réserves toutefois, des états asthéniques décrits chez les déportés politiques rapatriés (A. BACHARACH, 1955). Les caractéristiques essentielles en sont une diminution considérable de l'intérêt à l'ambiance, aboutissant à une sorte d'autisme dépressif, conjointement à un ralentissement de l'idéation et de l'efficacité, aboulie et apragmatique. Il s'agit en règle d'états hautement chroniques, fortement résistants à toute thérapeutique.

Les états délirants chroniques paraissent plus fréquents que leur place relativement discrète dans la littérature ne le laisserait supposer.

Un type de délire à base surtout interprétative, à thèmes de persécution ou de jalousie, a été décrit comme particulièrement caractéristique (SIVADON, KOECHLIN, GUIBERT, 1954). Ce délire serait cliniquement fixe et peu extensif, une fois constitué (*ibid.*), contrairement au délire type SÉRIEUX et CAPGRAS auquel il s'apparente par ailleurs. Il est sous-tendu par un noyau de personnalité de type « pseudo-paranoïaque » (*ibid.*) où nous retrouvons certains des caractères de psychorigidité, de méfiance, d'autoritarisme, d'orgueil, signalés ci-dessus. L'évolution de ce type d'états est généralement peu étudiée. Elle est parfois épisodique (COURBON et VIE, 1928), souvent progressive avec dégradation croissante de l'activité (COURBON et LECONTE, 1937). L. TANFANI et G. CAPRINI (1954) insistent sur la possibilité d'élargissement du développement sensitif en une forme véritable de paranoïa, ou de son intervention dans un processus schizophrénique. Mais ces perspectives, adaptées de KRETSCHMER, ont surtout une valeur théorique, en raison du faible recul chronologique pris par les auteurs vis-à-vis des observations publiées, toutes récentes. Une place particulière semble devoir être faite aux délires conjugués (BONNAFE, BOLLOTTE, GEST, HEYWARD, SIFFLET, 1953; BONNAFE, NAVIAU, MOISI, 1957). En fonction de l'optique particulière de l'école américaine, E. LEHMANN (1953) classe ces réactions « paranoïdes » dans le cadre des « réactions spécifiques », conjointement aux réactions « hystériques, psychonévrotiques et psychotiques ».

L'importance numérique de ces états chroniques, ainsi que leur situation vis-à-vis de la nosographie, du pronostic et de l'assistance, sont analysées par H. B. M. MURPHY (1955). Etudiant 273 premières admissions de personnes déplacées enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques britanniques après

la dernière guerre, il souligne l'importance, tant en valeur absolue par rapport à l'ensemble du groupe qu'en valeur relative par rapport aux chiffres caractéristiques de la population britannique globale de mêmes caractéristiques démographiques, de la représentation du groupe schizophrénie-paranoïa. Compte tenu des conceptions nosographiques en usage dans l'école anglo-saxonne, ces données supposent une importante représentation chez les populations transplantées du groupe des psychoses chroniques, représentation que la seule clinique monographique peut difficilement mettre en évidence sur un terrain aussi controversé. En ce qui concerne le potentiel évolutif de ces états et les répercussions qu'ils supposent sur les organismes d'assistance, MURPHY publie une très intéressante statistique relative aux durées d'hospitalisation (tableau XVI) d'où il ressort que les pourcentages de sorties rapides par rapport aux admissions sont très nettement (près de deux fois pour les groupes d'âges identiques) inférieurs pour la population de personnes déplacées étudiée à ce qu'ils sont pour la population britannique globale.

TABLEAU XVI

DURÉES D'HOSPITALISATION
POUR UN ÉCHANTILLON PATHOLOGIQUE DE PERSONNES DÉPLACÉES
ET POUR LA POPULATION PSYCHIATRIQUE GLOBALE
DE L'ANGLETERRE ET DU PAYS DE GALLES

D'après H. B. M. MURPHY (1955)

	ADMISSIONS		NOMBRE des SORTIES D'HOPITAL moins de 6 mois après l'hospitalisation		POURCENTAGE des SORTIES RAPIDES	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES						
Nombre total d'hospitalisations :						
Tous âges, 1949	23 600	32 190	12 240	16 865	63	64
De 20 à 54 ans, 1949	15 120	19 440	8 808	11 930	70	74
TRAVAILLEURS VOLONTAIRES EUROPÉENS						
Premières admissions { 1950.. . . .	120	46	50	22	30	48
{ 1951	166	42	49	13	35	33

Ces faits doivent être rapprochés de la prévalence des syndromes schizophréniques dans les populations transplantées mise en évidence par les études statistiques d'origine ou d'inspiration américaine que nous avons eu à étudier par ailleurs (BANNISTER et HEKTOEN, 1887; H. M. POLLOCK, 1912; POLLOCK et NOLAN, 1919; H. ARNESEN, 1917; J. MELSOM, 1924; O. ODEGAARD,

1932; B. MALZBERG, 1956; B. MALZBERG et E. LEE, 1956), ou dans des travaux concernant des malades mentaux refoulés par les services américains d'immigration (L. EPSTEIN, 1914; W. WEYGANDT, 1912).

III. — Aspects médico-légaux. Délinquance et suicide

Nous possédons très peu de renseignements sur la fréquence des suicides au sein des populations transplantées. Dans le travail déjà cité, H. B. M. MURPHY (1955) tente une estimation des taux de suicides dans deux groupes, letton et ukrainien, de personnes déplacées en Grande-Bretagne (tableau XVII). Ces taux sont considérablement plus élevés (respectivement, pour les hommes, 6,09 et 5,19 pour 10.000) que ceux relevés pour la population globale de l'Angleterre et du pays de Galles réduite aux classes 25-44 ans (pour les hommes : 1,08 pour 10.000). Encore faut-il remarquer que, si une erreur (vraisemblable d'après l'auteur) intervient dans la détermination de ces chiffres, celle-ci porte sur le recensement des suicides dans les groupes considérés et joue donc **par défaut**.

TABLEAU XVII

TAUX DE SUICIDES
POUR DEUX GROUPES DE PERSONNES DÉPLACÉES EN GRANDE-BRETAGNE
ET POUR LA POPULATION NORMALISÉE DE L'ANGLETERRE ET DU PAYS DE GALLES
D'après H. B. M. MURPHY (1955)

PÉRIODE sur laquelle a porté L'ENQUÊTE	CAS RELEVÉS pendant CETTE PÉRIODE		EFFECTIF MOYEN		TAUX pour 10 000 PERSONNES par an	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
TRAVAILLEURS VOLONTAIRES EUROPÉENS						
Lettons — Octobre 1949-sep- tembre 1951	12	2	9 850	3 900	6,09	2,56
Ukrainiens — Janvier 1950- décembre 1951	11	—	10 600	2 340	5,19	—
ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES						
Groupe d'âge 25 à 44 ans — Janvier 1949-décembre 1949					1,08	0,61

On possède un peu plus d'éléments en ce qui concerne la délinquance. Nous avons exposé plus haut un certain nombre de données numériques à ce sujet. Le courant des recherches médico-légales concernant la transplantation est fondé, pour la période contemporaine, par l'article (1906) et surtout la thèse (1909) de K. JASPERS, où est abordée sous un jour nouveau l'étude

criminologique des syndromes nostalgiques. Nous reviendrons plus bas sur ce point. P. COURBON et J. TUSQUES (1932) publient une étude sur « le vol des étrangers aux étalages parisiens » et tentent d'interpréter les faits présentés en termes de comportement « anatopique ». J. SOLANES (1952) reprend, dans une perspective jaspersienne, l'étude des « facteurs criminogènes impliqués dans la situation de déraciné » et distingue, à côté du crime nostalgique décrit par JASPERS, et du crime conspiratoire ou terroriste entrant dans le cadre de la psychopathologie de la trahison (G. DAUMEZON, 1947), un groupe d'actes antisociaux de types variés dont le caractère délictueux doit être apprécié en fonction, non seulement de la personnalité antérieure et des conditions ambiantes nouvelles, mais aussi de la situation subjective et dynamique du déracinement telle qu'il l'analyse dans des travaux sur lesquels nous aurons à revenir. Nous avons par ailleurs exposé ci-dessus les résultats d'un certain nombre de statistiques criminologiques concernant l'immigration publiées dans divers pays.

III. — LES INTERPRETATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

En l'absence d'une spécificité symptomatique particulière des troubles mentaux présentés par les populations migrantes, c'est pendant longtemps sur le seul terrain de l'interprétation psychopathologique que se sont esquissés les cadres d'une individualisation spécifique.

Une certaine constance s'est d'ailleurs maintenue, à travers des approfondissements successifs, dans les principales directions qu'a empruntées cet effort de rationalisation avant même la naissance de la psychiatrie clinique moderne. Il est à ce sujet curieux de noter les liens étroits qui unissent par exemple les concepts fondamentaux du cadre clinico-étiopathogénique de la nostalgie, tels qu'ils apparaissent avec diverses variantes dès le XVIII^e siècle, et les démarches fondamentales de certaines analyses contemporaines, telles les interprétations jaspersiennes, comme nous le verrons plus bas. Pour être le plus caractéristique et le plus riche d'intérêt, cet exemple n'est pas le seul qu'une exégèse soigneuse pourrait éventuellement dégager.

Il s'en faut cependant que ces interprétations puissent dans leur ensemble se ramener à tel rapport élémentaire et imprécis de causalité, ou à telle démarcation de la psychologie sensualiste idéologique ou de la gnoséologie néo-kantienne qui en représentent la concrétisation des origines, sinon historiques, du moins dogmatiques. C'est probablement à une telle confusion un peu trop rapidement admise, à une époque où le triomphe des nosographies symptomatiques ne laissait pas de place dans la doctrine médicale à des notions apparemment aussi hybrides, que l'on doit le rejet à peu près systématique de la « nostalgie » qui caractérise les principaux traités généraux de psychiatrie dans la seconde moitié du XIX^e siècle, et ce, en dépit d'une permanence très vivace de ce cadre, marquée à la même époque par de nombreuses publications (2).

(2) Nous avons pu retrouver plusieurs dizaines de travaux datant de cette période dont on trouvera mention dans l'index bibliographique. S'il est de fait que, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, ces études tendent à démarquer sur le plan clinique les archétypes classiques du début du siècle, la variété des situations étudiées ne laisse pas de confirmer l'homogénéité du cadre. On sait qu'une grande discussion accompagna, en 1874, l'attribution par l'Académie de médecine d'un prix à HASPEL (contre BENOIST DE LA GRANDIÈRE) sur le sujet proposé de la nostalgie. On trouvera la critique de LASÈQUE in *Archives de Médecine*, et des extraits in BACHER (1950, loc. cit.).

En dépit de cette longue période de latence, les travaux cliniques contemporains, fréquemment suscités par un courant neuf d'études médico-sociales démographiques et statistiques, se sont à nouveau orientés autour d'un certain nombre d'interprétations prévalentes qu'il y a lieu d'envisager rapidement ici.

Dans leur ensemble, ces interprétations abandonnent la notion statique d'états psychopathiques constitutionnels, telle qu'elle avait un moment prévalu, tant sur le plan théorique que dans l'inspiration des dispositions juridiques concernant les migrations. Les notions de vécu pathologique d'une situation atypique, de déficit instrumental, de personnalité anatopique ou de marginalité, par exemple, introduisent tout à la fois la reconnaissance de la valeur privilégiée de l'expérience de transplantation (dans ses diverses modalités) dans la détermination étiopathogénique d'une certaine morbidité, par ailleurs mise en évidence par les études d'incidence, et la notion de « réaction » au sens déterministe (3). A cet égard, la terminologie anglo-saxonne se plie facilement à l'exposé des faits, avec des notions cliniques telles que celle de « réactions paranoïdes », qui évoquent par ailleurs des interprétations pathogéniques apparentées au *constitutional make up* d'Adolf MEYER. Le cadre des délires relationnels (*Beziehungswahn*) des auteurs allemands, tel qu'il a été utilisé dans les publications concernant la transplantation, prête à des remarques analogues.

Les diverses interprétations auxquelles les auteurs rapportent leurs observations cliniques sont loin d'être univoques. Elles vont de la notion quasi neurologique de déficit instrumental à des concepts d'ordre sociologique tels que la « personnalité anatopique » ou la « marginalité », en passant par l'analyse phénoménologique de l'être au monde du transplanté. Il ne s'agit d'ailleurs pas là de catégories indépendantes. Le déficit relationnel sert de commun dénominateur aux études phénoménologiques et aux recherches sur la perte de l'espace acoustique, et se retrouve, plus ou moins explicitement, dans certaines études d'inspiration sociologique. Ces dernières sont par ailleurs en rapports très étroits avec les travaux de statistiques incidentielles que nous avons eu à analyser plus haut.

S'il est difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de refondre ces divers apports en un ensemble parfaitement cohérent, on voit donc qu'il serait vain de nier l'existence d'une certaine homogénéité dans ces diverses interprétations psychopathologiques d'orientations divergentes.

Sans aucun doute, certains éléments nous manquent encore. En particulier, toutes les données avancées laissent de côté le problème capital de l'articulation de l'épisode psychopathique — spécialement dans ses dimensions chronologiques — avec l'expérience de transplantation. Ce point de vue (et un certain nombre d'autres, tout aussi fructueux) n'a en fait été abordé à ce jour — pour des raisons d'économie de moyens — qu'à travers des études statistiques.

Ce qui suit doit donc être lu à la lumière des apports de ce dernier type de recherches.

I. — De la nostalgie classique à l'analyse phénoménologique

Il est impossible d'envisager l'abord phénoménologique de la psychopathologie de la transplantation sans se référer aux études concernant un

(3) Encore que cette relation déterministe soit généralement peu approfondie dans ses implications.

syndrome de description fort ancienne — puisque les premiers travaux que nous connaissions datent du XVII^e siècle — mais qui, à travers diverses interprétations et en dépit d'éclipses transitoires qui l'ont fait en particulier disparaître des grandes nosographies symptomatiques du XIX^e siècle, représente, dans la permanence de sa formulation conceptuelle, la base véritable, historique et clinique, des diverses interprétations que nous envisagerons ci-dessous.

Nous avons largement utilisé dans ce qui suit les travaux récents que l'école du Val-de-Grâce a publiés sur ce sujet (E. CARROT et M. BACHET, 1946; A. CHARLIN, 1949; E. CARROT, J. PARAIRE et A. CHARLIN, 1949, 1950; J. PARAIRE, 1952) et en particulier l'étude très documentée de M. BACHET (1950).

1. — LA NOSTALGIE CLASSIQUE, CADRE NOSOGRAPHIQUE ET ÉTIOPATHOGÉNIQUE

Le type d'affections connu sous le nom de nostalgie [allemand : *Heimweh*; forme rare : *Heimsehnsucht* (CURE, 1755) — anglais : *Homesickness* — italien : *nostalgia* — espagnol : arch. : *enyor*; us. : *añoranza*; galic. : *morrina* — portugais : *saudade* — et dans toutes les langues : *nostalgia*, équivalent technique latinisé de la forme grecque *νοσταλγία* (HOFER, 1688); en français, une forme rare : *nostomanie* (PETROWITCH, 1866), dans le cadre des monomanies (4)] a été caractérisé dès les premiers travaux comme une variété de ce que nous appelons actuellement états dépressifs. Au sein de ce cadre très vaste et suivant les tendances particulières, le tableau décrit est en règle celui de la dépression asthénique ou anxieuse, du moins au début, rapidement évoluée en un mutisme confirmé, akinétique, amémique, indifférent, passif et résigné. C'est beaucoup plus rarement une thématique mélancolique partielle qui prévaut : perte définitive et irrémédiable du milieu familial, des attaches affectives; sensation aiguë d'isolement impuissant, déroulement catastrophique des événements... En fait, ce sont moins ces notations symptomatiques plus ou moins précises et méticuleuses, ou les schémas évolutifs théoriques en trois périodes tranchées qui présentent ici un intérêt pour nous, que l'individualité structurale et étiopathogénique qui est mise en avant dès les premières descriptions.

Le syndrome *clinique* nostalgie est en effet d'emblée mis en rapport par les plus anciens auteurs avec une situation de transplantation, et bien des caractères de la réaction compréhensible au sens jaspersien lui sont attribués avant la lettre. La nostalgie apparaît en rapport de simultanéité et de compréhensibilité avec la transplantation, elle évolue avec cette situation, elle est spontanément curable par l'intervention de facteurs modifiant cette situation. Décrite chez les Suisses (HARDER, 1678; HOFER, 1688; ZWINGER, 1710; SCHEUTZER, 1731; HUEBER, 1755; HARTENKEIL, 1786), dans les armées françaises en campagne au XVIII^e siècle (MEYSEREX, 1754; J. COLOMBIER, 1772) ou durant la Révolution (Campagne du Rhin, an II; Armée des Alpes, an VIII; GUERBOIS, 1803), spécialement dans les unités d'origine bretonne (épidémie du camp de Montreuil, 1803; GUERBOIS, 1803; THERRIN, 1810; DUCREST DE

(4) Dans leur article cité (1845), Ed. MONNERET et L. FLEURY citent quelques autres synonymes latins (*nostomania*, *pathopatridalgia*, *philopatridomania*, *nostopatridalgia*, *nostopatridomania*), anglais (*mothersickness*), hollandais (*heimweh*), suédois (*heimwe*, *hiemsyge*). Ils donnent également les précisions suivantes quant à leur utilisation : *nostalgia* est utilisé par LINNÉ, SAUVAGES, SAGAR, CULLEN, DARWIN, SWEDIAUR; *melancolia* (dans le même sens) par VOGEL; *nostomania* et *pathopatridalgia* par ZWINGER. (La *nostomanie* de PETROWITCH a un sens beaucoup plus systématique que la *nostomania* de ZWINGER).

LORGERIE, 1815; LAURENT et PERCY, 1819; BEGIN, 1834), elle est retrouvée en dehors du milieu militaire, à la Salpêtrière (ESQUIROL) également chez les Bretons, puis à nouveau chez les mobiles bretons lors du siège de Paris (B. DE LA GRANDIÈRE, 1873; CHENU, 1877). Elle est décrite en Angleterre chez les Ecossais (ZIMMERMANN, 1840) et les Gallois (HAMILTON, 1787); en Allemagne chez les paysannes devenues servantes à Berlin (L. MEYER, 1855); au Pérou chez les Indiens enrégimentés ne parlant pas l'espagnol (MERKEL, 1903); en France chez les Arabes du bagne de Toulon (HASPEL, 1874), chez les Européens transplantés au Sénégal (THÉVENOT, 1840), dans l'immigration métropolitaine colonisatrice organisée en Algérie [décret du 16 septembre 1848 (HASPEL, 1874)], chez les émigrés politiques en France métropolitaine (MONNERET et FLEURY, 1845), chez les étudiants serbes en France (S. PETROWITCH, 1866).

L'assimilation de telles situations, parfois très diverses, est donc déjà réalisée par les anciens auteurs. La notion étiologique ou seulement le lien de compréhensibilité, implicite dans la terminologie même (*heimweh*; de *patrie desiderio*, PARRY, 1805) est amplement soulignée. Enfin, le caractère contingent et curable des troubles apparaît unanimement manifeste (on cite volontiers à ce sujet les observations d'ESQUIROL sur les Bretons de la Salpêtrière).

On voit donc que, dès ses origines, et ultérieurement avec une permanence singulière au cours du développement de la psychiatrie moderne, le concept clinico-étiopathogénique de syndrome nostalgique s'est imposé comme le prototype de la réaction mentale pathologique en rapport avec la transplantation.

Il y aurait beaucoup à dire à l'analyse détaillée des critères et des limites des états nostalgiques (autres que les critères fondamentaux analysés ci-dessus) tels qu'ils se sont constitués au cours d'une évolution historique qui est parmi les plus longues que l'histoire des idées psychiatriques connaisse pour une entité pathologique. En particulier, certaines données évolutives — qui tendaient à distinguer deux types de *nostalgia* suivant les délais de survenue : *nostalgia* immédiate ou primaire ou aiguë, et *nostalgia* différée ou secondaire — et certaines descriptions cliniques extensives — incorporant aux états nostalgiques certains états hypocondriaques et délirants — donnent à penser qu'au-delà même de ce qui devait devenir l'entité bâtarde *nostalgia*, les auteurs avaient perçu, depuis longtemps déjà, l'articulation des divers syndromes cliniques que l'on peut être amené à étudier aujourd'hui dans une étude telle que celle-ci. A ce titre, la *nostalgia* aurait pu aussi bien être présentée ici comme la racine commune des diverses descriptions cliniques rapportées ci-dessus. Il nous a semblé qu'il était plus conforme à sa fonction historique, telle qu'elle s'est trouvée consacrée par des travaux contemporains d'importance, d'en faire le point de départ de l'analyse phénoménologique de la situation de transplantation, telle qu'elle s'est développée plus de deux siècles après que les premiers auteurs eurent fixé les traits *famosi illius morbi quem nostalgiam passim pathologi, Germani vero das Heimwehe, oder Heim Sehnsucht, vulgo appellant* (G. D. CURE, 1755).

2. — LE MONDE DU TRANSPLANTÉ EN SITUATION. ESPACE ET TEMPS VÉCU

La curieuse coïncidence qui fait que le point de jonction entre le syndrome nostalgique classique et l'abord phénoménologique de la transplantation est concrétisé par la thèse de K. JASPERS, *Heimweh und Verbrechen* (1909), n'est peut-être pas absolument fortuite. Nous avons vu ci-dessus à quel point était

préfiguré, dans la nostalgie, le concept de réaction jaspersienne. C'est dans une perspective d'analyse compréhensive de la situation de déracinement que JASPERS est amené à reprendre une quinzaine d'observations criminologiques, s'étendant sur le siècle passé et concernant de jeunes transplantées d'origine rurale employées en milieu citadin en qualité de bonnes d'enfants et responsables de l'assassinat des enfants dont elles avaient la charge, assassinats commis en état de « nostalgie aiguë », impulsivement, sans préméditation, et dont l'immotivation apparente était patente.

Le développement ultérieur de l'analyse structurale de la mélancolie endogène devait permettre notamment l'approfondissement de la notion de structure spatio-temporelle de l'expérience vécue. On assiste ainsi, à l'instar des notions de « temps immanent » (*immanente Zeit*) et de « temps transitif » [*transeunte Zeit* (R. HÖNIGSWALD)], à la description du « temps du moi » (*ich Zeit*) et du « temps du monde » [*welt Zeit* (E. STRAUS, 1928)]. L'interprétation constructivo-génétique de la symptomatologie mélancolique élaborée par V. E. VON GEBSATTEL (1928) est essentiellement axée sur l'expérience du temps.

E. MINKOWSKI (1933) reprend et élargit la question, en conférant à la structure des références spatio-temporelles une valeur privilégiée dans l'économie du psychisme normal et, partant, dans celle des états pathologiques. Il est ainsi amené à analyser certaines modalités de ce qu'en terminologie physique on serait tenté de nommer des « distorsions de systèmes de coordonnées subjectives », ou encore, pour reprendre une terminologie plus spécifiquement minkowskienne, des variétés de l'espace-temps « irrationnel », « amathématique et agéométrique ». La grande importance des thèses de MINKOWSKI en ce qui nous concerne ici tient à la fonction qu'il assigne à ce qu'il nomme, reprenant dans un sens restreint un concept de MIGNARD, les subductions mentales morbides dans l'ordre du temps et de l'espace. Hiérarchiquement, il en fait de véritables troubles générateurs de second ordre, caractérisant les divers types processuels dans tel ou tel ordre [temporel : délire mélancolique au sens large; spatial : automatisme mental et structures assimilées (*loc. cit.*, p. 217-218)]. Ces thèses annoncent et préparent celles de son élève J. SOLANES qui reprend le problème de la transplantation et du déracinement comme base privilégiée d'étude des structures spatio-temporelles caractéristiques de certaines situations limites.

L'orientation générale des travaux de J. SOLANES (1948, 1951, 1952) est celle d'une analyse compréhensive de type jaspersien en fonction des concepts de STRAUS et surtout de MINKOWSKI relatifs au temps et à l'espace vécus, dans une perspective très pragmatique d'approfondissement clinique (1948, p. 76). Recherchant une définition de l'exil au-delà de son sens restreint juridique ou de son aspect sociologique (l'immigration), l'auteur insiste sur l'homologie des vécus de l'aliénation et de l'exil, et sur la place privilégiée de l'exil dans le registre des situations compréhensibles : « Une expérience de l'exil semble exister, placée au carrefour de l'individuel et du social, du normal et du pathologique, dont il est étonnant qu'elle n'ait intéressé davantage les psychopathologues » (1948, p. 64). C'est à travers cette compréhensibilité que SOLANES, reprenant dans une certaine mesure la démarche méthodologique de GEBSATTEL, se propose de dépasser la seule symbolique de l'exil déagagée par les psychanalystes (la coupe longitudinale) au profit de l'« attitude vitale » (la coupe verticale), le vécu, au moins aussi riche de signification (*loc. cit.*, p. 65-66). Parmi les données phénoménologiques qui, le mieux, peuvent nous faire saisir les caractères du monde de l'exil, ont un rôle privilégié les vécus du temps et de l'espace par le sujet rejeté hors du groupe social à travers

lequel l'un et l'autre étaient jusqu'alors éprouvés. Le temps de l'exil perd sa structure organique, ses caractéristiques périodiques, pour se fondre en une uniformité neutre, un écoulement statique imperceptible, « un seul jour, un aujourd'hui monstrueux ». Il prend la valeur du « temps lacunaire qui sépare deux périodes d'une vie plutôt qu'il ne les joint, un temps intercalaire ». Cette dégradation (dilatation) du temps apparaît en rapport avec le vécu de l'avenir et du passé, avec les phénomènes de l'espoir et de la nostalgie — qui nous replongent dans le courant de tendances étudié ci-dessus. Des trois échelons de l'avenir vécu distingués par MINKOWSKI, l'immédiat, le médiate, et l'horizonné, le premier semble bien manquer dans l'avenir de l'exilé. Peut-être y aurait-il là d'ailleurs la base d'une distinction phénoménologique de l'exil et de la captivité, où l'avenir vécu semble dominé par l'attente et son angoisse. Inversement, au sein de ses trois échelons — de l'immédiat : le remords et le regret, et du médiate : le souvenir banal — le passé « semble bloqué à l'immédiat, ne pas savoir se résoudre en ce que MINKOWSKI appelle la masse du dépassé ». Au sein de ce passé distordu, la nostalgie prend par ailleurs la valeur d'un véritable conflit existentiel, dont au moins « le *nostos*, l'en-arrière de la nostalgie se trouve dans l'étendue et non dans la durée, et se nomme la partie *mal-du-pays*, *Heimweh* ». L'espace de l'exil perd ses limites rationnelles en raison de « l'adhésivité des frontières de la patrie » (SOLANES, 1951) ; il devient un véritable « espace invertébré » dont le contenu se définit par les sentiments de vide et d'intrusion (rappelant la filiation établie par JANET du « sentiment de vide » au « sentiment d'emprise »), et dont le sens se caractérise par un rétrécissement de la « distance vécue » et de la « sphère d'aisance » minkowskiennes, confinant à la « nocturnité » désocialisée de certains univers délirants.

Cet exposé, forcément succinct et incomplet, du développement historique de l'appréhension phénoménologique de l'espace-temps en rapport avec notre sujet, fera peut-être mieux saisir les raisons qui nous ont incliné à adopter un tel ordre pour l'exposé des interprétations psychopathologiques qui nous intéressent ici. Dans le développement harmonieux du concept de nostalgie de l'école classique à l'école phénoménologique, on saisit le passage de la notion de situation pathogène à celle de situation vécue sur un mode pathologique, de la relation de causalité (ou de contiguïté) à celle d'homologie. Cette démarche est spécialement évidente dans certaines applications de ces thèses à des problèmes médico-légaux (cf. SOLANES, 1952). Se limiterait-il à cet apport que le rôle de l'école phénoménologique dans l'approfondissement psychopathologique de la réaction morbide du transplanté apparaîtrait décisif. Encore avons-nous dû, pour plus de clarté, passer sous silence certains autres apports de même provenance, que nous aurons l'occasion de mentionner ci-dessous.

II. — Isolement linguistique et déficits instrumentaux

L'analyse faite par E. KRAEPELIN (1915) des manifestations délirantes des hypoacousiques est à l'origine d'une série de travaux, en majorité de langue allemande, qui envisagent les répercussions de la perte ou de l'adul-tération de l'« espace acoustique » dans ses diverses modalités. Ce courant de recherches fusionne d'ailleurs en plusieurs points avec celui que nous avons analysé ci-dessus (dans les thèses de E. STRAUS, par exemple).

Dans l'édition de 1915 de son traité, E. KRAEPELIN individualise, parmi les affections psychogènes (*psychogenen Erkrankungen*), un groupe de « psy-

choses du lien social » (*Verkehrspsychosen*) ou « homiopathies » dans lequel il fait une place particulière au « délire de persécution des hypoacousiques » (*Der Verfolgungswahn der Schwerhörigen*). La filiation psychopathologique et la causalité étiologique sont incluses dans la conception kraepelinienne qui assigne à ce type d'affection une origine psychogène, et qui en rattache uniquement l'organisation chronique évolutive à l'âge moyen généralement élevé des sourds observés et à la « diminution de l'adaptabilité psychique » qu'il suppose.

H. HERSCHMANN, dans une conférence prononcée en 1919 à la *Wiener Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde*, paraît avoir été le premier à rapporter explicitement certaines bouffées délirantes, qualifiées par lui d'états paranoïdes aigus, à l'isolement linguistique. Les observations sur lesquelles il s'appuie sont celles de militaires de l'armée austro-hongroise ou de prisonniers de guerre, transplantés individuellement dans des milieux (hospitaliers en particulier) germanophones, où ils ne pouvaient correspondre verbalement ni se faire comprendre. Revenant sur la question en 1921, à l'occasion de la publication d'ALLERS, l'auteur exprime l'opinion que ce type d'affection était beaucoup plus fréquent dans l'armée austro-hongroise (de composition très hétérogène) que celui-ci ne le pense. Ces états se manifesteraient habituellement chez des débiles mentaux. Mais HERSCHMANN assimile explicitement (1921, *loc. cit.*) débilité mentale et « culture inhabituelle ».

R. ALLERS (1920) publie trois observations d'états délirants psychogènes qu'il nomme, dans une perspective kraepelinienne, « le délire de persécution des isolés linguistiques » (*Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten*). La première concerne un jeune Hongrois, la seconde un Tartare mahométan de Crimée, et la troisième un autre Tartare, tous trois plongés, à l'occasion des hostilités, dans un milieu exclusivement germanophone. L'auteur reprend les conceptions pathogéniques de KRAEPELIN et insiste sur la valeur quasi expérimentale de ces cas, concernant des sujets jeunes, et pour lesquels la suppression de l'isolement verbal incriminé par la réinsertion dans une collectivité de même origine entraîne la rétrocession des manifestations délirantes.

K. SCHNEIDER (1930), reprenant la notion de « délire de relation » (*Beziehungswahn*) élaborée par E. KRETSCHMER (1918, 1927), publie, sous l'étiquette de « délires de relation primitifs » (*Primitiver Beziehungswahn*) trois observations d'états délirants aigus de rétrocession rapide, dont il rattache l'apparition aux difficultés linguistiques, mais aussi aux difficultés psychologiques diverses entraînées par la transplantation dans un milieu étranger.

Un cas de même type, chez une jeune Hongroise transplantée, est rapporté par F. KNIGGE (1935) sous la même étiquette de « délire de relation primitif ».

F. GIESE (1931) étudie 660 questionnaires expédiés à ses membres par la *Süddeutsche Verein für Schwerhörige und Ertaubte*. L'analyse phénoménologique de ces données l'amène à dégager sous l'angle de l'aperception totale du monde (*Weltanschauliche*) les caractères du vécu de la situation d'hypoacousique, qui lui apparaissent déterminer étroitement l'attitude relationnelle de la personnalité.

L'étude effectuée par B. PRITZKER (1938) sur 118 malades asilaires atteints de surdité ressortit aux mêmes tendances. Sur ces 118 malades, 73 apparaissent présenter des « symptômes paranoïdes » qui sont, soit l'élément essentiel, soit une composante dominante du tableau clinique. 54 de ces malades se rangent dans la catégorie des « schizophrénies » ou des « schizo-

phrénies greffées », 2 seulement sont relativement indemnes de symptômes « paranoïdes ». Sur les 26 cas d'oligophrénies et les 28 cas de psychoses organiques par ailleurs étudiés, respectivement 8 et 13 malades présentent une symptomatologie « paranoïde ». L'auteur insiste sur le rôle pathoplastique au sens de BIRNBAUM que semble ainsi jouer la surdité ou l'hypoacousie en ce qui concerne ces symptômes « paranoïdes ».

E. KRAPP (1939) revient sur ce type d'interprétation et cherche à le valider statistiquement. Il fait remarquer que les chiffres publiés par B. MALZBERG tendent à prouver l'existence d'une prévalence des formes paranoïdes chez les sujets transplantés d'origine latine en pays de langue anglo-saxonne. Reprenant les entrées pour l'année 1937 à l'*Hospicio de las Mercedes*, il trouve, pour 215 entrées de sujets non latins, un effectif de 72 psychoses paranoïdes (soit un pourcentage de l'ordre de 33 %). Pour 215 entrées de sujets espagnols, cet effectif est de 42 (soit environ 19 %).

F. F. KINO (1951, 1955) publie, sous le nom de « Réactions paranoïdes des étrangers », cinq observations concernant de jeunes Polonais, transplantés en Grande-Bretagne après la fin des hostilités, et isolés linguistiquement. Ces observations lui paraissent très caractéristiques, du fait de l'absence d'antécédents pathologiques, familiaux ou personnels (et ceci dans tous les cas en dépit de longues épreuves antérieures en rapport avec les hostilités et la captivité), et de l'apparition des troubles après que ces sujets ont quitté leur milieu et leur encadrement militaires pour travailler, dans des entreprises britanniques dont le personnel ne parlait pas le polonais, mais dans des conditions de liberté et de confort inconnues d'eux depuis des années. Dans tous les cas, la guérison rapide et complète était obtenue. Tous ces malades avaient par ailleurs été vus durant les années 1948-1949, aucun cas identique ne survenant plus dans les années ultérieures, fait que l'auteur rattache à la liquidation progressive avec le temps des difficultés linguistiques initiales.

C'est une interprétation du même type qui est avancée par Sv. LYSGAARD (1955) dans son étude de l'adaptation à la société américaine de boursiers *Fulbright* norvégiens. L'auteur insiste sur le caractère essentiellement dynamique de tels phénomènes, caractérisés dans le temps par des phases de crise relativement isomorphes et univoques, qu'il interprète comme les résultantes du développement simultané mais asynchrone des processus d'acquisition verbale et d'extension des contacts sociaux.

Les délires à thèmes de persécution ou de jalousie, à base surtout interprétative, de type « pseudo-paranoïaque », décrits chez les transplantés par SIVADON, KOECHLIN et GUIBERT (1954), sont rattachés à des difficultés « instrumentales » d'insertion au milieu.

L. TANFANI (1954) reprend les notions kraepelinienne exposées ci-dessus pour l'interprétation psychopathologique des syndromes délirants qu'il observe chez des Italiens immigrés comme travailleurs à l'étranger et rapatriés en Italie pour troubles mentaux. Mais son interprétation fait en outre intervenir un mécanisme pathogénique à double étage dans lequel l'état délirant apparaît lui-même comme la résultante évolutive d'un état dysthymique anxieux conditionné par « une altération du rapport entre le moi et le milieu créé par une situation particulière qui, chez l'immigré, arrive à modifier la vie habituelle de relation » (L. TANFANI et G. CAPRINI, 1954).

Ph. KOECHLIN (1956), sous l'étiquette de « perturbations de mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu », rapproche une série d'observations

relatives à des troubles mentaux survenus dans des situations telles que la cécité, la surdi-mutité, les dyslatéralisations, le bilinguisme de la seconde enfance et la transplantation.

Le développement de ce courant de recherches appelle quelques remarques. Tout d'abord sur le plan clinique : les états décrits par les auteurs se rattachent pratiquement de façon constante au groupe des psychoses délirantes aiguës : états paranoïdes aigus, états délirants à « symptômes paranoïdes », « réactions paranoïdes », du type de la bouffée délirante polymorphe de MAGNAN et LEGRAIN. L'un des caractères essentiels en est donc la thématique délirante, l'autre étant l'évolution aiguë, impliquant une guérison rapide, sauf du moins dans le cas des sourds, où le déficit est pratiquement définitif et l'adaptabilité diminuée (KRAEPELIN). KINO parle de « réaction », PRITZKER de « symptômes » paranoïdes. La filiation causale directe par rapport à la détérioration de l'espace acoustique verbal, implicite dans les cadres de description, fait de celle-ci l'élément déterminant essentiel et conditionne donc la curabilité par suppression du facteur étiologique. Cette notion est déjà, nous l'avons vu, apparente dans la description kraepelinienne. Tous les auteurs ultérieurs la reprennent plus ou moins explicitement. L'interprétation phénoménologique place à la base de ces états une perturbation « instrumentale » de la relation intersubjective, donc un trouble relativement « focal » et contingent. L'intérêt majeur de ces interprétations psychopathologiques tient certainement à leur accord avec la réalité clinique. Un grand nombre de ces états aigus apparaît sans lendemain, tandis que les éléments étiologiques qui sont supposés les déterminer (carence du matériel verbal essentiellement) disparaissent assez rapidement suivant les lois assez constantes de l'acquisition. Par tous ces caractères, ce courant d'interprétation psychopathologique se distingue nettement d'un autre, que nous aurons à examiner maintenant.

III. — Les interprétations sociologiques

De la personnalité anatopique à l'anthropologie culturelle

Nous grouperons ci-dessous certaines interprétations qui se distinguent par l'importance généralement accordée aux facteurs sociaux.

1. — L'ÉCOLE SOCIOLOGIQUE FRANÇAISE ET L'ANATOPISME DE COURBON

Dans un article qu'il publie dans le *Journal de Psychologie*, P. COURBON (1925) analyse ce qu'il nomme les « mentalités paradoxales » à la lumière des travaux de l'école durkheimienne sur la « mentalité collective ». Il est ainsi amené à décrire entre autres le syndrome d'« anatopisme mental », qui lui paraît permettre d'appréhender dans une perspective plus féconde certaines catégories de déclassés, de dévoyés et de déracinés. L'importance du point de vue sociologique dans l'élaboration de ce concept est déterminante. « La mentalité anatopique est celle qui n'est pas en harmonie avec la mentalité collective du groupe où vit l'individu, mais qui l'est avec celle d'un autre groupe contemporain. L'anatopisme mental n'est pas un malade, ni un aliéné, c'est simplement un individu qui n'est pas à sa place. En somme, l'anatopisme mental n'est que la révélation fortuite d'une inadaptabilité élective qui serait restée ignorée si le sujet n'avait pas eu à se soumettre aux influences sociologiques pour lesquelles il est réfractaire. » (*Loc. cit.*, p. 258 et 259.)

Le point de vue théorique qui sert de base à ces notions est en fait peu développé par COURBON, qui avoue lui-même y voir des « conclusions nées du simple rapprochement de la clinique et des doctrines sociologiques du jour », mais le concept d'anatopisme mental sert de référence commune pour l'interprétation d'une série d'observations cliniques ultérieurement publiées (P. COURBON et PLOUFFE, 1927; P. COURBON et J. RONDEPIERRE, 1928; P. COURBON et J. VIE, 1928; P. COURBON, 1930; P. COURBON et J. TUSQUES, 1931, 1932; P. COURBON et DELMOND, 1937; P. COURBON et M. LECONTE, 1937).

2. — Isolement culturel et désorganisation sociale LES POSITIONS DE L'ANTHROPOLOGIE CULTURELLE

Parallèlement et un peu en marge du mouvement anthropologique culturel américain s'est développé un certain courant de recherches qui, en raison de l'interprétation tant de ses sources (concernant les situations que nous avons en vue) que de ses tendances, mérite d'être mentionné ici.

A. SCHUETZ (1944), reprenant dans une certaine mesure le concept de « personnalité de base » de KARDINER, analyse les tensions qui résultent de la transplantation géographique en raison des modifications des références socio-culturelles. La transplantation se traduit ainsi par une faillite du *thinking as usual* traditionnel qui a pour le groupe d'origine comme pour le groupe récepteur la valeur uniforme mais non équivoque de ce que Max SCHELER appelle « l'aperception relativement naturelle du monde » (*Relativ natürlich Weltanschauung*). L'émigré, « homme marginal » (R. E. PARK, 1928), se voit ainsi placé devant la nécessité d'une restructuration intégrale des références culturelles de base, condition de l'adhésion à l'archétype culturel (*cultural pattern*) du groupe récepteur, nécessité qui conditionne les processus d'assimilation et d'adaptation sociales.

Les situations d'isolement culturel, telles que celle vécue par l'immigré, s'assortissent généralement (R. E. L. FARIS, 1934) d'une forte incidence de psychoses « schizophréniques ». C'est le cas pour les détentions dans les systèmes pénitentiaires à réclusion totale. C'est également ce que tendent à démontrer les études d'incidence de l'école de Chicago. Il semble à l'opposé, d'après les études d'ethno-psychiatrie de l'école anthropologique culturelle, que les formes sociales très cohérentes et relativement fermées accusent une incidence inférieure aux taux prévisibles. Les conclusions de FARIS sont largement influencées par les résultats de ses propres travaux relatifs à l'incidence différentielle des psychoses schizophréniques dans diverses aires socio-économiques urbaines (école de Chicago). Les indices relevés de mobilité spatiale, et l'absence ou la carence d'intégration sociale des niveaux socio-économiques inférieurs sont, avec des taux importants d'incidence schizophrénique, les caractéristiques des « aires de désorganisation sociale » (*areas of social disorganization*). Cette interprétation, reprise par divers auteurs (voir G. BERMANN, 1951), a le mérite de s'appuyer sur des travaux d'analyse statistique d'une ampleur considérable. Nous avons eu ailleurs à examiner leur nature et les réserves qu'ils avaient suscitées.

H. B. M. MURPHY (1955) cherche à déterminer la validité de ce type d'interprétation à partir d'un sondage d'opinion effectué dans la population qu'il étudie de personnes déplacées réinstallées en Grande-Bretagne. Il est ainsi amené à étudier les variations de l'incidence morbide, de l'attitude et de la dimension des divers groupes de personnes déplacées, des occupations

professionnelles principales et de l'attitude vis-à-vis des groupes de la population locale. Les données recueillies permettent de penser que « les quelques groupes qui vivent en assez bons termes avec la population locale accusent un taux d'hospitalisations pour troubles mentaux moitié moindre que les groupes dont l'attitude a été, dans l'ensemble, réservée... Là où la population locale est nettement amicale à l'égard des nouveaux venus, ce taux pourra probablement s'abaisser encore... Lorsque les nouveaux venus ne forment qu'un petit groupe, ceux-ci n'essaient pas d'entrer en rapport avec elle (la population locale) et le taux des maladies mentales devient très élevé ».

IV. — LES PROBLEMES DE TRANSPLANTATION EN PSYCHIATRIE INFANTILE

Un nombre assez considérable de travaux publiés depuis la fin de la dernière guerre aborde le problème des répercussions de l'émigration sur la santé mentale des enfants ou des adolescents déplacés. Les conditions spéciales d'observation de ce matériel clinique confèrent à ces travaux une orientation très particulière. Il s'agit en effet, dans la grande majorité des cas, d'enfants ou d'adolescents recueillis dans les camps de personnes déplacées des organisations internationales où ils étaient parvenus au terme de périples souvent considérables, marqués par des événements tragiques de guerre et de persécution, dans un état d'isolement matériel, affectif et social exceptionnel.

1. — ASPECTS CLINIQUES

En dépit de leur nombre, ces publications, d'orientation surtout psychologique et humanitaire, comportent peu de références spécifiquement psychopathologiques. Certains comportements particuliers y sont évoqués : anxiété procursive, instabilité, fugues, rapportés à la recherche incessante des parents disparus (L. PINSKY, 1955). La valeur compensatoire de certaines affabulations, décrites par ailleurs dans d'autres situations traumatiques de guerre (F. BODMAN, E. STEPHEN, L. H. SAMBROOK, 1945), et de la formation spontanée de groupes d'enfants à morale interne puissante, ultérieurement utilisés par diverses tendances idéologiques [éclaireurs polonais, sionistes (L. PINSKY, 1955)] est également mise en lumière. Nous reviendrons sur la fréquence des réactions délinquantes de tels groupes.

L'adolescent type de sexe masculin, tel qu'il a pu être observé dans les camps d'hébergement de l'U. N. R. R. A. en Allemagne après la fin des hostilités (B. ALTHOFF, 1948) est un orphelin de guerre originaire d'Europe orientale, âgé de dix-sept ans en moyenne, qui se caractérise par son absence de discipline pour les actes de routine (repas, sommeil) et son activité de marché noir. L'auteur insiste sur la fréquence de certains troubles : énurésie, terreurs nocturnes, troubles de l'humeur et dépression marquée par un sentiment de solitude et d'isolement, déficit relationnel (*lack of response to others*), hostilité, négativisme, méfiance. L'adolescente type, âgée de seize ans en moyenne, est en règle obèse, lente et indifférente (*ibid.*). De connaissances scolaires et linguistiques peu poussées, elle apparaît effrayée, visqueuse. Certaines manifestations fonctionnelles sont spécialement fréquentes : céphalées, asthénie, insomnie, douleurs généralisées, avec refus habituel des soins médicaux disponibles. Une place spéciale doit être faite aux manifestations dysménorrhéiques succédant à l'aménorrhée totale, habituelle durant la déportation.

Le rétablissement des cycles est irrégulier, accompagné de malaises divers, et donne lieu à de fréquentes allégations de douleurs menstruelles. Des mouvements d'humeur, des crises de larmes, un sentiment diffus d'appréhension et surtout l'apathie caractérisée complètent le tableau. La résolution de ces troubles a généralement été recherchée dans le recrutement d'adultes volontaires susceptibles d'assurer un rôle d'éducateurs. Chez les plus jeunes enfants, les régressions sont fréquemment plus profondes. L'auteur cite ainsi le cas d'une perte totale du langage chez une fille de onze ans, indépendamment de toute lésion organique. L'attribution d'une « tante » volontaire choisie dans le camp devait permettre le retour progressif et rapide à un niveau de langage de trois ou quatre ans, ultérieurement améliorable. En dehors de tels cas spectaculaires, les troubles sont en règle moins importants et se liquident facilement par le retour à un environnement plus sécurisant (B. ALTHOFF, *ibid.*).

L'état d'Israël qui a organisé, avec l'aide de mouvements spécialisés (*Jeunesse Aliyah*), une très importante immigration d'adolescents et de pré-adolescents, a dû mettre en action des méthodes d'éducation collectives, seul moyen à l'échelle des possibilités économiques de la nation (A. HERSCHEL, 1951). Des villages d'enfants, groupant 500 jeunes immigrés environ, ont ainsi été organisés pour les plus jeunes par les groupes philanthropiques, tandis que les aînés se trouvaient dirigés sur des *kibbutz*. L'auteur insiste sur l'intérêt de ces techniques d'éducation en groupe pour la formation sociale, dans les conditions particulières du jeune état d'Israël. La pièce maîtresse de cette organisation est représentée par le « conseiller » (*madrich*), éducateur-moniteur responsable de l'adaptation d'un groupe donné de jeunes immigrants qu'il suit ainsi durant une longue période. Ces méthodes ne mettent cependant pas les jeunes à l'abri des difficultés affectives et beaucoup de membres des groupes de *Jeunesse Aliyah* donnent des signes de perturbations sérieuses. Il ne s'agit en règle de symptômes du type énurésie, cauchemars, angoisses, troubles du comportement, mais essentiellement de retards du développement sexuel, d'indifférence affective et de difficultés dans les rapports avec les autres membres du groupe (*difficulty in establishing relationships with others*). Ces particularités symptomatiques sont, pour l'auteur, à rapporter à l'influence sécurisante du milieu social structuré. Cette importance de l'« idéal social » entraînerait par contre-coup une désorganisation plus profonde en cas de décompensation (*ibid.*). L'auteur situe les perspectives d'avenir dans le sens du développement de techniques plus souples, plus individualisées, conditionné par des contingences strictement matérielles (5).

Nous ne reviendrons pas ici sur les études de niveau psychométrique des enfants d'immigrants que nous avons eu l'occasion d'évoquer plus haut.

2. — DÉLINQUANCE

En fait, la principale caractéristique de ce groupe qui semble avoir frappé les auteurs est constituée par l'importance de ses taux de délinquance.

Les études consacrées aux jeunes transplantés recueillis dans les camps d'attente des organisations internationales après la dernière guerre insistent

(5) L'auteur fournit les précisions suivantes sur les disponibilités en personnel spécialisé à l'époque de publication de son étude (1951) : l'état d'Israël possède alors 35 psychiatres et un moindre nombre de psychologues et de psychothérapeutes, 12 travailleurs sociaux psychiatriques et environ 400 travailleurs sociaux généraux. Le manque de psychiatres se fait particulièrement sentir dans ce domaine.

sur la fréquence de la délinquance, dans ses multiples modalités, dans de tels milieux d'enfants dont la plupart n'avaient d'ailleurs dû leur salut qu'à leur capacité d'adaptation, par delà le bien et le mal, à des situations souvent inconcevables (L. PINSKY, 1955). Ces réactions asociales, dans la mesure où elles témoignaient de grandes possibilités d'adaptation, semblent avoir en règle constitué des éléments de bon pronostic (*ibid.*). Elles sont d'ailleurs rapidement devenues l'œuvre de groupes micro-sociaux fortement hiérarchisés et liés par une morale de milieu très rigide.

Si l'adaptation ultérieure des enfants « déracinés » groupés dans ces camps semble avoir été assez favorable, en présence de nouvelles conditions de vie (N. SUTRO, 1950), la délinquance est généralement signalée comme supérieure aux normes prévisibles.

Durant l'année ayant pris fin au 31 mai 1949, 1.320 garçons et filles de moins de seize ans sont passés devant les tribunaux pour enfants en Israël. Rapporté aux effectifs des classes d'âge du ressort des tribunaux d'enfants pour la population globale de l'état d'Israël dans la même période, ce chiffre fournit un taux de délinquance juvénile de 2 à 3 % (A. HERSCHEL, 1951). Ce taux, s'il est élevé par rapport aux Etats-Unis, est faible par rapport aux pays européens dévastés par la guerre. L'espérance à la délinquance (judiciaire), en ce qui concerne les enfants *juifs* de moins de seize ans d'âge, est ainsi en Israël de vingt à trente fois supérieure à celle de New York City. « La différence doit donc résider dans les conditions sociales, et non dans le matériel humain. » (A. HERSCHEL, *ibid.*)

S. N. EISENSTADT (1951) étudie en Israël 300 familles et 450 adolescents de treize à dix-neuf ans. Les facteurs généralement invoqués pour l'explication des hautes incidences de délinquance juvénile dans les familles immigrantes lui paraissent se ramener à deux caractéristiques principales : d'une part, la diminution de la capacité effective de la famille à satisfaire à une hiérarchie organisée des besoins et des aspirations de ses membres, en particulier enfants et adolescents; d'autre part, la limitation de la sphère sociale et des fonctions de la famille, entraînant l'apparition de « groupes de jeunesse » et d'une « éthique juvénile » (*Youth Culture*) spécifiques. Le premier de ces facteurs est en rapport avec les problèmes matériels urgents provoquant chez 80 % des nouveaux immigrants une « inadéquation de la structure familiale », le second traduit un phénomène général à toutes les migrations contemporaines (industrielles) caractérisées par le passage d'une société de type familial à une société de type individualiste. D'après l'auteur, 50 % des enfants des familles décrites appartiennent à des groupes délinquants ou subdélinquants, et inversement 85 à 90 % des enfants des groupes délinquants appartiennent aux familles décrites. Ces constatations sont valables pour tous les groupes ethniques et tous les niveaux socio-économiques (EISENSTADT, *loc. cit.*).

BIBLIOGRAPHIE

Note. — Afin de faciliter les recherches et d'éviter les répétitions, nous avons classé alphabétiquement les principales références relatives aux questions traitées dans le chapitre. Une bibliographie analytique aurait conduit à un classement complexe et introduit de grandes difficultés de recherche.

I. — Bibliographies générales

Il n'existe actuellement, à notre connaissance, qu'une bibliographie d'ensemble sur le sujet, in Y. CHAMPION (1958).

On trouvera un certain nombre de renseignements dans :

- MURPHY (H.B.M.). — The Mental Health of Refugees and Transplanted People — Bibliographie analytique, Londres, Fédération mondiale pour la santé mentale, 1951 (polycopie).
- RUSSEL SAGE FOUNDATION. — Displaced Persons; a Bibliography — New York, 1948.
- TAYLOR (E.). — Selected Excerpts from Reports on D.P. Camps in Northern Germany, 1952 — Preparatory Material for the World Federation of Mental Health Fifth Annual Meeting, Private Circulation, 1953.
- U.S. Congress. — U.S. Congress Report n° 1687. The Displaced Persons, Analytical Bibliography — Washington, U.S. Government Printing Office, 1950.
- WEINBERG (A.A.). — The Mental Health of Refugees — Supplément à la bibliographie de MURPHY (H.B.M.), Londres, Fédération mondiale pour la santé mentale, 1951 (polycopie).

II. — Index alphabétique

Afin d'éviter les répétitions, un certain nombre de références mentionnées dans l'étude statistique ont été omises ci-dessous.

1. ADELSBERGER (L.). — Psychologische Beobachtung im Konzentrationslager Auschwitz — *Schw. Zeitschr. psychol. Anwend.*, 1947, 6, p. 124-131.
2. ALCIATI. — Sulla causa prossima della nostalgia — *Gior. d. sc. med. Torino*, XXI, 1844, 410; XXIII, 1845, 3.
3. ALCOCK (Th.). — Conclusions from Psychiatric Work with Evacuated Children — *Br. J. Med. Psychol.*, 21, 1949, p. 181-184.
4. ALIPRANDI (E.). — Della nostalgia, in-8°, Pavia, 1848.
5. ALLARD (R.-V.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1820.
6. ALLERS (R.). — Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten) — *Zeitschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 60 Band, 1920, p. 281-289.

7. ALLIEZ (J.) et DECOMBES (H.). — Réflexions sur le comportement psychopathologique d'une série de Nord-Africains musulmans immigrés — *Ann. méd. psychol.* 1952, II, p. 150-156.
8. ALLIEZ (J.) et Mlle JAUR (J.-M.). — Etude psychologique de trente-cinq jeunes Eurasiens — XLVI^e Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, Marseille, 1948.
9. ALLIEZ (J.) et MERLAND (P.). — Note sur les états mentaux observés à Marseille dans la population arménienne — XLVI^e Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, Marseille, 1948.
10. ALLPORT (C.W.), BRUNER and JANDORF. — Personality under Social Catastrophy — *Character and Personality*, 1941, vol. 10, p. 1. Reproduit dans : *Personality in Nature, Society and Culture*, New York, Kluckhohn and Murray, 1948.
11. ALTHOFF (B.). — Observations on the Psychology of Children in a D.P. Camp — *J. Soc. Casework*, Jan. 1948, p. 17-22.
12. ANDRESSE (G.A.). — Nostalgia adumbratio pathologica, in-8°, Berolini, 1826.
13. ANSALONI (L.-V.). — De la nostalgie ou de la maladie du pays, in-4°, Paris, 1837.
14. AUBIN (H.). — Les maladies de l'adaptation en psychiatrie. Délire aigu, neurasthénie — *Ann. méd. psychol.*, 1951, I, p. 212.
15. BACHARACH (A.). — L'asthénie du déporté — *Presse médicale*, 1955, 63, n° 4, p. 63.
16. BACHET (M.). — Etude des symptômes cataleptiques au cours d'états dépressifs réactionnels — *Bull. méd.*, 15 mars 1944.
17. BACHET (M.). — Sensibilité particulière de certains rapatriés à des doses d'alcool légères — *Ann. méd. psychol.*, 1945, I, p. 455-459.
18. BACHET (M.). — Les phénomènes hallucinatoires causés par la captivité — *Bull. méd.*, 21 août 1945.
19. BACHET (M.). — Confrontation des faits concernant les phénomènes hallucinatoires provoqués par la captivité, avec les idées de G. DE CLERAMBAULT sur l'automatisme mental — *Sem. des hôp. de Paris*, 14 mars 1947.
20. BACHET (M.). — Etude sur les états de nostalgie — *Ann. méd. psychol.*, 1950, I, p. 558-587 et 1950, II, p. 11-34.
21. BADILLO-DEFECHE (A.). — Observations sur l'adaptation familiale et sociale des enfants espagnols accueillis dans les familles liégeoises de 1936 à 1939 — Liège, Ecole provinciale de service social, 1950 (polycopie).
22. BAKIS (E.). — Contributions on the Psychology of Refugees — *Scholar* (Germany), 1948, vol. 22 et 23.
23. BAKIS (E.). — Apatiast DPelus — *Scientiae et Arbitus*, 1949, 10, 9 (édition estonienne).
24. BAKIS (E.). — The so-called D.P. Apathy of Germany's D.P. Camps — *Trans. Kansas Ac. Science*, March 1953.
25. BAKIS (E.). — L'apathie des personnes déplacées, in « Personnes déplacées », II, 4, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 83-98.
26. BAUDOUIN (Ch.). — Psychanalyse de Victor Hugo — Ed. Mont-Blanc, Genève, 1943.
- 26 bis. BEGIN (L.-J.). — Art. : « Nostalgie », in « Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques », tome XII, p. 76-84, Paris, Méquignon-Marvis et J.-B. Baillière, 1834.
27. BEHR. — Uber das Heimweh — *Wshschr. f. d. ges. Heilk.*, 1838, 181-185.
28. BELLONY (L.). — De nostalgia, in-8°, Pestini, 1835.

29. BENASHEWSKI (I.). — The Spirit of the Times, and Childhood — *Opakim*, 1948, vol. 5, p. 24 (en hébreu).
30. BENOIST DE LA GRANDIÈRE (A.-E.). — De la nostalgie ou mal du pays, in-12, Paris, 1873.
- 30 bis. BERE (M.). — A Comparative Study of the Mental Capacity of Children of Foreign Parentage, 1924.
31. BERL (F.). — The Immigrant Situation as a Focus in the Helping Process — *Jew. Soc. Ser. Q.*, 1950, vol. 26, p. 377.
32. BERMANN (G.). — Desintegracion social y deterioracion mental — *Revista latino-americana de psiquiatria*, 1^{re} année, n° 1, oct. 1951, p. 27-38.
33. BESSE (V.-M.). — De la nostalgie, in-4°, Paris, 1828.
34. BETTELHEIM (B.). — Individual and Mass Behaviour in Extreme Situations — *J. Abn. and Soc. Psychol.*, 1942, XXXVIII, p. 417.
35. BINARD (F.). — Délire nostalgique. Efficacité de l'opium à hautes doses — *Arch. belges de méd. mil.*, Bruxelles, 1856, XVIII, 9-17.
36. BINSWANGER (L.). — Das Raumproblem in der Psychopathologie — *Zeitschr. f. d. ges. Neur.*, 145, 1933, 598.
37. BLANCHE (E.-E.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Strasbourg, 1860.
38. ... (Blatte f. gerichtl. Anthropol.) — Über das Heimweh — *Bl. f. gerichtl. Anthropol.*, Nürnberg, 1859, X, 2, 15-31.
39. BLUMENTHAL. — Maladies mentales chez les immigrants en Palestine — *Harefuah*, 1937, 13, 3-4.
40. BOBILLARD (C.-F.). — Coup d'œil sur la nostalgie, in-4°, Strasbourg, 1833.
41. BODMAN (F.), STEPHEN (E.), SAMBROOK (L.H.). — Phantasies in Evacuated Children — *J. of Ment. Sc.*, XCI, 385, 1945, p. 499-502.
42. BOEMKE (E.S.). — Aus einem Flüchtlingsleben — *Int. Zeitschr. Individ. Psychol.*, 1948, vol. 17, p. 179.
43. BONNAFE (L.), BOLLOTTE (G.), GEST (R.), HEYWARD (Mme) et SIFFLET (F.). — Trois cas de délires de conjoints chez des transplantés — LI^e Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, Pau, 1953.
44. BONNAFE (L.), NAVIAU (Mme) et MOISI. — Délires conjugués et transplantation — *Ann. méd. psychol.*, 1957, I, p. 522-526.
- 44 bis. BONNAIRE (J.). — Réflexions d'un psychotechnicien, in « La psycho-technique au service des Nord-Africains », Supplément-cahier, 19, E.S.N.A., Paris, 1952.
45. BOODY (B.M.). — A Psychological Study of Immigrant Children at Ellis Island — *Mental Measurement Monographs*, n° 3, 1924.
- 45 bis. BOSSARD (J.). — Sociology of Child Development — New York, 1949.
46. BRESOWSKI (M.). — Über einem Fall von Verbrechen aus Heimweh — *Allg. Ztschr. f. Psych.*, 78, 1922, 333-345.
47. BRIET (P.-U.). — Essai sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1832.
48. BRIGHAM (C.C.). — A Study in American Intelligence — Princeton, 1923.
- 48 bis. BROWN (G.L.). — Intelligence as Related to Nationality — *Journal of Educational Research*, V, 1922, p. 324-327.
49. BRUGGER (C.). — Fruchtbarkeit Wanderung und Zunahme der Geisteskranken — *Gesundh. und Wohlf.*, 18, 1938, 421.
50. BUISSON (J.-H.). — Considérations sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1818.
51. CAIRE (C.). — Essai sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1852.
52. CALHOUN (J.T.). — Nostalgia as a Disease of Field Service — *Med. a. Surg. Reporter*, Philadelphia, 1864-65, XII, 130-132.
53. CALMEL (B.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1836.

- 53 bis. CAPLAN (G.). — Mental Hygiene Contributions to Resettlement of Immigrants in Israël — *Ment. Hyg.*, 36, Oct. 1952, p. 607-617.
54. CARNEVALE-ARELLA (A.). — Considerazioni sulle cause fisiche della nostalgia — *Gior. d. Soc. med.-chir. di Torino*, 1844, 19, 257-269 — Id. *J. Soc. méd. prat. de Montpellier*, 1845, XII, 472-480 — Id. *Bull. soc. méd. Gand*, 1846, XII, 107-115 — Id. Alcune linee in aggiunta alle Considerazioni sulle cause fisiche della nostalgia, in risposta al Dr ALCIATI — *Gior. d. Soc. med.-chir. di Torino*, 1845, XXII, 183-193.
55. CARPENTER NILES. — Immigrants and their Children — U.S. Census Monographs, 7, 1927.
56. CARROT (E.) et BACHET (M.). — Influence des facteurs ethniques sur l'écllosion des psychoses de captivité. Similitude entre certaines psychoses de captivité et les psychoses connues jadis sous le nom de nostalgie — *Ann. méd. psychol.*, 1946, I, p. 295-301.
57. CARROT (E.), PARAIRE (J.) et CHARLIN (A.). — Les réactions psychopathologiques de captivité — *Ann. méd. psychol.*, 1949, II, p. 369-401.
58. CARROT (E.), PARAIRE (J.) et CHARLIN (A.). — Les psychoses de captivité — *Ann. méd. psychol.*, 1950, II, p. 433-471.
59. CASTELNAU (C.). — Considérations sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1806.
- 59 bis. CENTRA MIRANDA DE MENEZES. — Apreciação caracterológica de imigrantes através do psicodiagnóstico miocinético — *Arqu. Brasil. de Psicotecnia*, I, 1.
- 59 ter. CHAMPION (Y.). — Essai de synthèse des recherches en matière d'épidémiologie et de pathologie mentales concernant la mobilité géographique des populations (Psychiatrie médico-sociale des migrations et transplantations). Thèse de médecine, Paris, 1958, n° 226.
60. CHARLIN (A.). — Psychoses réactionnelles et captivité — XLVII^e Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, Clermont-Ferrand, 1949, p. 90-98.
61. CHATELAIN (A.). — Einige Betrachtungen über die Nostalgie, in-8°, Würzburg, 1860.
62. CHENU (R.). — De la nostalgie, in-4°, Paris, 1877.
- 62 bis. CHILD (I.L.). — Italian or American, the Second Generation in Conflict — Yale Univ. Press, 1943.
63. CIRTAUTAS (C.K.). — Porträt des Heimatlosen, Coburg, 1950, Veste Verlag.
- 63 bis. COHEN (J.). — La santé mentale des personnes transplantées et sans foyer — Communication préliminaire à la 3^e réunion annuelle de la F.M.S.M., Paris, 1950, Rapport annuel de la F.M.S.M., 1950, Londres, Fédération mondiale pour la santé mentale, 1950, p. 45-47.
- 63 ter. COHEN (J.). — Mental Health of Homeless and Transplanted Persons — Bulletin de la Fédération mondiale pour la santé mentale, août 1950.
64. COLLIN (F.T.). — Considérations sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1832.
- 64 bis. COLOMBIER (J.). — De la mélancolie et de la maladie du pays (vol. 5, ch. v, art. VII, p. 208-232), in Code de médecine militaire pour le service de terre, en trois parties, cinq vol. in-12, Paris, chez J.-P. Costard, 1772.
65. COOPER (J.M.). — Mental Diseases Situations in Certain Cultures. A New Field for Research — *J. Abnormal Soc. Psychol.*, 1934, 29, 10-17.
66. CORNELIUS. — Über die Nostalgie bei jungen Mädchen — *Verm. Abhandl. ... v. einer Gesellsch. pract. Aerzte zu St Petersburg*, 1847, VII, 89-116.
67. COURBON (P.). — Les mentalités paradoxales — *J. de psychol.*, XXII, 3, 1925, p. 252-265.
68. COURBON (P.). — Du rôle capital du milieu social dans la genèse de certaines psychoses et de l'opportunité de l'internement prophylactique — *Ann. méd. psychol.*, 1930, I, p. 59-66.

69. COURBON (P.) et DELMOND. — Anatópisme mental ou psychose chez un Russe — *Ann. méd. psychol.*, 1937, I, p. 797-810.
70. COURBON (P.) et LÉCONTE (M.). — Psychose réactionnelle à forme de délire de compensation chez un Israélite allemand exilé — *Ann. méd. psychol.*, 1937, II, p. 636-645.
71. COURBON (P.) et PLOUFFE. — Délire émotionnel de persécution à deux, avec représentations imaginaires et réactions agressives de défense par inadaptabilité au milieu social — Société médico-psychologique, 28 novembre 1927. *Ann. méd. psychol.*, 1927, II, p. 438-446.
72. COURBON (P.) et RONDEPIERRE (J.). — Bouffée délirante de dépaysement immédiat ou fugue de démence précoce — Société clinique de médecine mentale, 19 novembre 1928, *Encéphale*, 23, 10, 1928, p. 963.
73. COURBON (P.) et TUSQUES (J.). — Bouffée délirante de persécution par transplantation sociale et caféisme — *Ann. méd. psychol.*, 1931, II, p. 36-39.
74. COURBON (P.) et TUSQUES (J.). — Anatópisme mental et délinquance. Le vol des étrangers aux étalages parisiens — *Ann. méd. psychol.*, 1932, I, p. 241-250.
75. COURBON (P.) et VIE (J.). — Délire épisodique de persécution par ectopisme mental chez une paysanne cuisinière à Paris — Société clinique de médecine mentale, 16 janvier 1928, *Encéphale*, 23, 2, 1928, p. 169.
- 75 bis. DA CUNHA LOPES (I.) e PERES (H.). — Quelques aspects étiologiques de la schizophrénie — *Revue sud-américaine de méd. et de chir.*, 5, 8, 1934.
76. CURE (C.D.). — Diss. exhibens famosi illius morbi quem nostalgiam passim pathologi, Germani vero das Heimwehe, oder Heim-Sehnsucht vulgo appellant... theoriám, in-4° (Herbipoli, 1755).
77. DECAISNE (E.). — Observations de nostalgie recueillies pendant le siège de Paris — *Courr. méd. Paris*, 1871, XXI, 93.
78. DE CASTILHO (J.-F.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1831.
- 78 bis. DELGADO (H.). — Ecología, Tiempo animico y Existencia, éd. Bogada, Buenos Ayres.
- 78 ter. DEUSDEDIT ARAUJO. — Imigração e marginalidade — *Anais do I Congresso inter-americano de medicina*, 1946.
79. DEVAUX. — Observation sur une lésion au cerveau qui paraît être la cause de la nostalgie — *Rec. de mém. de méd. ... mil.*, Paris, 1822, XI, 248-258.
80. DUCREST DE LORGERIE (C.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1815.
81. DUNHAM (H.W.). — Psychological Frontiers of Society — *Social Forces*, 1945.
82. DUNHAM (H.W.). — Current Status of Ecological Research in Mental Disorders — *Social Forces*, 25, March 1947.
83. DUNHAM (H.W.). — Social Psychiatry — *American Sociological Review*, April 1948.
- 83 bis. EDWARDS (A.T.). Paranoïd Reactions — *Med. J. Australia*, 43 (I), 19, 1956, p. 778-779.
84. EISENSTADT (S.N.). — Unstructured Social Behaviour in a Situation of Culture Contact — *Proceedings of the 14th Intern. Congr. of Psychology*, Edinburgh, 1948.
- 84 bis. EISENSTADT (S.N.). — Delinquent Group-Formation among Immigrant Youth — *Br. J. Delinquency*, 2, 1951, p. 34-45.
85. EPSTEIN (L.). — Die überseeische Auswanderung unter irrenärztlichem Gesichtspunkte — *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 26, 1914.

- 85 bis. ESTEVE. — La nostalgie des militaires — *Gaz. méd. de Paris*, 1916, 77, 122.
86. FARIS (R.E.L.). — Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality — *Amer. J. of Sociol.*, 1934, 40, 155-164.
87. FARIS (R.E.L.) and DUNHAM (H.W.). — Mental Disorders in Urban Areas — Chicago 1939, University of Chicago Press.
88. Fédération mondiale pour la santé mentale. — La santé mentale des personnes transplantées et sans foyer — Rapport de session du groupe J (La santé mentale des personnes transplantées et sans foyer) à la troisième réunion annuelle de la F.M.S.M. (Paris, 1950). Rapport annuel de la Fédération mondiale pour la santé mentale, Londres, F.M.S.M., 1950.
- 88 bis. FEINGOLD. — Intelligence of the First Generation of Immigrant Groups — *Journ. of Educational Psychology*, 15, 1924.
89. FELIX (R.H.) and BOWERS (R.V.). — Mental Hygiene and Socio-Environmental Factors — *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, April 1948.
- 89 bis. FENYES (G.). — Social and Psychologic Factors in Breakdown of Displaced Persons — *Illinois Med. J.*, 104, Oct. 1953, p. 260-267.
90. FLICKER (D.J.) and WEISS (P.). — Nostalgia and its Military Implications — *War Med. Chic.*, 1943, 4, 380-387.
91. FONSECA (V.). — Estudio sobre la nostalgia en nuestro ejercito — Mem. Congr. med. panamer. (1896), 1898, 2, Congr. 2, 181-183.
92. FOREL (O.). — Problèmes d'hygiène mentale chez les montagnards et les isolés — II^e Congrès national italien d'hygiène mentale, Rome, 7-11 avril 1954.
93. FOVILLE (Ach. fils). — Les aliénés voyageurs ou migrants, Etude clinique sur certains cas de lypémanie — *Ann. méd. psychol.*, 1875, II, p. 5-45.
94. FRAISSE (C.). — De la nostalgie, in-4°, Paris, 1833.
95. FRANKEL (B.), MICHAELS (R.). — A Changing Focus in Work with Young Unattached D.P.s. — *Jew. Soc. Ser. Q.*, vol. 27, 1951, p. 321.
- 95 bis. FRANKENSTEIN (C.). — Délinquance juvénile (en hébreu), Jérusalem, 1947.
96. FRANKENSTEIN (C.) éd. — Child Care in Israel — Jerusalem, 1950 (in english).
97. FROST (I.). — Home-sickness and Immigrant Psychoses — *J. Ment. Sci.*, 84, 1938, p. 801-847.
98. FULLER (R.G.). — Growing up While on the Move, a Footnote on Migrancy — *The American Child*, May 1940.
99. GAERTNER (M.L.) et al. — Observations of a Group of Psychiatric Social Workers on some Problems of three Groups of Migrants — Documentation préparatoire au II^e Congrès mondial de la santé mentale, 1949.
100. GAILLARDOT (C.-A.). — Sur la nostalgie, in-4°, Paris, an XII (1804).
- 100 bis. GARTH (Th. R.). — Race Psychology : a Study of Racial Mental Differences, 1931.
101. GEBSATTEL (V.E.F. von). — Zeitbesogenes Zwangsdenken in der Melancholie. Versuch einer konstruktiv-genetischer Betrachtung der Melancholie-Symptome — *Nervenarzt*, 5, 1, 1928.
102. GIESE (F.). — Zur Psychologie der Schwerhörigen — (V^e Kongr., Köln, v. 7, 10 Okt. 1930), *Verh. Ges. Heilpädagog.*, I, 1, 26-108 (1931).
103. GODDARD (H.H.). — Mental Tests and the Immigrant — *The Journal of Delinquency*, 2, 1917.

104. GOLDSTEIN (K.). — Beobachtungen über die Veränderungen des Gesamtverhaltens bei Gehirnschädigung — *Monatschr. f. Psychiat.*, 68, 1928, 231.
105. GORRITTI (F.). — Anamnesis general de 5.000 enfermos mentales clasificados — Buenos Aires, 1920.
106. GRUNDTMANN (F.J.A.). — De nostalgia, in-8°, Berolini (1839).
107. GRUSS (M.). — Über wahnhafte Erkrankungen bei Blinden — Thèse, Düsseldorf, 1936.
108. GRZYWAK KACZYNSKA. — The Psychical Effects of War on Polish Children — *Child Welf. Rev.*, 1947, I, 10.
109. GUETT (C.-F.-A.). — Sur la nature de la nostalgie, ses causes et son traitement, in-4°, Montpellier, 1874.
110. GUERBOIS (D.-F.-N.). — Sur la nostalgie, appelée vulgairement maladie du pays — Thèse de Paris, in-8°, Paris, an XI (1803), Valade, éd.
111. HALLOWELL (A.I.). — Culture and Mental Troubles — *J. Abnormal Soc. Psychol.*, 1934, 29, 1-9.
112. HALPERN (L.). — Beitrag zur Restitution der Aphasie bei Polyglotten im Hinblick und auf das Hebräische — *Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiat.*, 47, 1941, p. 150.
- 112 bis. HAMAOUA (P.). — Contribution à l'étude de la corrélation existant entre la délinquance juvénile et les dissociations familiales — Thèse de médecine, Paris, 1951.
113. HAMILTON (R.). — History of a Remarkable Case of Nostalgia Affecting a Native of Wales and Occurring in Britain — *Med. Comment. Edimb.*, 1787, 2, Dec. 1, p. 343-348.
114. HARDER (J.J.) et HOFER (J.). — De nostalgia — Basileae, 1678 — *Id.* in HALLER : Disp. ad morb. (etc.), in-4°, Lausanne, 1757, I, 181-190.
115. HARTENKEIL. — Tödliche Nostalgie eines jungen Arztes aus der Schweiz zu Paris — *N. Mag. f. Aerzte, Leipz.*, 1786, VIII, 360-363.
116. HASPEL (A.). — De la nostalgie — *Mem. Acad. méd.*, Paris, 1874, XXX, 2, 466-468.
117. HERSCHEL (A.). — Indications for Mental Health Planning for Children in Israël — *Am. J. Orthopsych.*, 21, 1951, p. 105-123.
118. HERSCHMANN (H.). — Psychopath. Minderwertigkeit und Felderichtsbarkeit — *Wiener Med. Wochenschr.*, 29, 1919.
119. HERSCHMANN (H.). — Bemerkungen zu der Arbeit von Rudolf ALLERS : « Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung ». Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten — *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 66 Band, 1921, p. 346.
120. HETTICH (H.O.F.). — Über das Heimweh, hauptsächlich in seinen Beziehungen zur Staats-Arzneikunde, in-8°, Stuttgart, 1840 — *Id.*, in-8°, Tübingen, 1840.
121. HICKLIN (H.). — War Damaged Children — Londres, Ass. Psychiat. Soc. Workers, s.d. (Circa 1946).
122. HICKLIN (H.). — Influence du déplacement sur l'équilibre psychologique, in « Personnes déplacées » (éd. Chemin du monde), Paris, 1947.
123. ... (Higana Ruhanit). — The Mental Status of the Palestine Immigrant — Anon., *Higana Ruhanit*, 1947-48, 5, 41.
- 123 bis. HIRSH (N.D.M.). — A Study of Natio Racial Differences — *Genetic Psychology Monographs*, I, 1926, p. 231-406.
124. HOFER (J.). — De νοσταλγία, oder Heimwehe, in-4°, Basileoe, 1688.
125. HOFER (J.). — De pothopatridalgia — Vom Heim-wehe — in Fasciculus diss. med. select. (Zwingerus), in-12, Basil., 1710, 87-111.
126. HOFER (J.). — De nostalgia, vulgo : Heimwehe oder Heimsehnsucht, in-4°, Basileoe, 1745.

127. HOFER (J.). — In HALLER : Disp. ad morb. (etc.), in-4°, Lausanne, 1757, 1, 181-190.
- 127 bis. HOFF (H.). — Le jeune réfugié — Rapport à la X^e réunion annuelle de la F.M.S.M., Copenhague, 1957.
128. HOFFMEYER (H.). — Flyklingskinteleter Psykopatologi — Document présenté à l'Association médicale suédoise, Stockholm, 1945.
129. HUET-BIENVILLE (J.-V.). — La nostalgie — in-4°, Paris, 1821.
130. ILBERG (G.). — Brandstiftung einer Heimwehkranken — *Monatschr. f. Krim. Psychol.*, XII, 1921-22, p. 117-126.
131. International Union for Child Welfare. — Displaced, Refugee and Migrant Children. — *Int. Child Welf. Rev.*, 1951, vol. 5, p. 51 sqq.
132. JACOBSEN (I.). — Observations on the Psychological Effect of Imprisonment on Female Political Prisoners — Searchlights on Delinquency (éd. Eissler), New York, 1949.
133. JACQUIER (F.). — Sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1821.
134. JANSSEN (A.). — Considérations sur la nostalgie — *Ann. Soc. de méd. de Gand*, 1869, 57, 210-240 (Rap. de Ingels). *Bull. Soc. de méd. de Gand*, 1869, 36, 502, voir analyse in *Ann. méd. psychol.*, 1871, I.
135. JASPERS (K.). — *Arch. Kriminalanthrop.*, 35, 1906.
136. JASPEBS (K.). — Heimweh und Verbrechen — Thèse, Heidelberg, 1909.
137. JASPERS (K.). — Psychopathologie générale — Trad. franç., Alcan, Paris, 1933.
138. JOACHIMS (J.) und DOERKS (G.). — Einige Lehren aus den Fluchtschäden unserer Säuglinge — *Deutsch. med. Wschr.*, 71, 17-20, 1946, p. 174-178.
139. JONES (J.W.). — *Atlanta M. and Sc. J.*, 1860-61, VI, 7.
140. KAGE (J.). — Ego-supportive Therapy with Displaced Persons — *Soc. Casework*, 1950, vol. 31, p. 65.
141. KAUTSKY (B.). — Die psychologische Situation des Konzentrationslager Häftlings — Die Psychohygiene (éd. Pfister), Berne, 1949.
142. KIELSON (H.). — Zur Psychologie des jüdischen Kriegswaisen — Die Psychohygiene (éd. Pfister), Berne, 1949.
143. KISEBITSKY (I.). — Psychological and Vocational Problems of Young Refugees — *Int. Child. Welf. Rev.*, 1952, vol. 6, p. 1.
- 143 bis. KINO (F.F.). — Aliens' Paranoïd Reaction — *J. Ment. Sci.*, XCVII, 408, 1951, p. 589-594.
- 143 ter. KINO (F.F.). — Les réactions paranoïdes des étrangers, in « Personnes déplacées », IV, 3, U.N.E.S.C.O., 1955, p. 212-219.
144. KLEPAL (J.). — La main-d'œuvre nord-africaine, problèmes psychotechniques — *Bullet. Psychologie*, VIII, 1-2, 1954, p. 81-84.
- 144 bis. KLINEBERG (O.). — A Study of Psychological Differences between Racial and National Groups in Europe — *Archiv. Psychology*, 132, 1931.
- 144 ter. KLINEBERG (O.). — Races Differences, 1935.
145. KLINEBERG (O.). — The Intelligence of Migrants — *Amer. Sociol. Rev.*, 3, 1938, p. 224 sqq.
- 145 bis. KLINEBERG (O.). — Les différences psychologiques entre groupes raciaux — *Bulletin international des sciences sociales*, II, 4, 1949.
- 145 ter. KLINEBERG (O.). — National Characteristics and International Relations — *The American Journal of Psychiatry*, 107, 1951, p. 661-665.
146. KNIGGE (F.). — Ein Beitrag zur Frage des primitiven Beziehungswahnes — *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 153, 1935, p. 622-628.
147. KOECHLIN (Ph.). — Perturbations de mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu (Essai psychopathologique) — *Evolution psychiatrique*, 3, 1956, p. 585-611.

- 147 bis. KOLB (L.). — The Intelligence of Immigrants as Measured by Tests — Annual Session of the American Association for the Study of Feeble-mindedness, Philadelphia, May 1932, p. 395 *sqq.*
148. KORNER (I.). — Psychological Needs of the Individual Dissolving in the Mass and the Possibilities of Clinical Help — *J. Soc. Psychol.*, 16, 1942, p. 143.
149. KRAEPELIN (E.). — Psychiatrie — Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1909-1915, 4 vol. (Der Verfolgungswahn der Schwerhörigen, t. IV, p. 1441 *sqq.*)
150. KRAL (V.A.). — Psychiatric Observations under Severe Chronic Stress — *Am. J. Psychiat.*, 108, 1951, p. 185-192.
151. KRAPF (E.). — Ambiente idiomático y alienación — *Rev. Assoc. med. Argent.*, 53, 1939, p. 599-602.
152. KRAPF (E.E.). — Las depresiones vitales de las mujeres transplantadas — *Rev. Psiquiatr. y Criminol.*, 1941, 6, 429.
153. KRETSCHMER (E.). — Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zu Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre — Berlin, Springer éd., 1 Aufl. 1918, 2 Aufl. 1927, 3 Aufl. 1950.
154. LACHAUD (M.). — Sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1809.
- 154 bis. LA GRANDIÈRE (A. BENOIST DE). — De la nostalgie, ou mal du pays, in-12, 221 pages, Paris, Delahaye, 1873.
155. LAMBRUSCHINI (C.). — Ficha psiquiátrica, psicotécnica, y antropológico-criminal del inmigrante — *Rev. Argent. de Neurol. y Psiqu.*, 3, 1938, p. 329-336.
156. ... (Lancet). — Nostalgie militaire — *Lancet*, 1914, 2, 1261.
- 156 bis. LANDAU (A.). — Estudo de certos dados de personalidade de imigrantes através do psicodiagnóstico miocínético.
157. LANG (T.). — Erste Ergebnisse psychiatrischbiologischer Untersuchungen an jüdischen Flüchtlingen — *Bull. Schweiz. Ak. Med. Wiss.*, 1946, 2, p. 102.
158. LARREY (D.-J.). — Mémoire sur le siège et les effets de la nostalgie, suivi de quelques réflexions sur les lésions partielles du cerveau, résultant de causes spontanées ou de causes mécaniques — *Rec. de mém. de chir.*, Paris, 1821, 161-222, 1 pl.
159. LAUGIER. — Observation d'une lésion organique du cervelet, suite de nostalgie — *Rec. de mém. de méd. ... mil.*, Paris, 1820, VIII, 179-184.
160. LE GOIG (V.). — La nostalgie et son diagnostic, in-4°, Lyon, 1890.
161. LEGRAND DU SAULLE. — Etude sur la nostalgie — *Gaz. hôp. Paris*, 1858, 31, 5-7.
162. LEHMANN (H.E.). — Socio-psychiatric Observations on Displaced Persons — *The Psychiat. Quart. Supplement*, 27, 1953, p. 245-256.
163. LENOEL (L.). — La nostalgie — *Gaz. méd. Picardie*, Amiens, 1893, XI, 467-488.
164. LEROY-DUPRÉ (L.-A.-H.). — De la nostalgie, in-4°, Paris, 1846.
165. LESTSCHINSKY. — Crisis, Catastrophy and Survival, a Jewish Balance Sheet, 1914-1948 — New York, 1948, Ins. Jewish Affairs.
- 165 bis. LISTWAN (I.A.). — Paranoïd States : Social and Cultural Aspects — *Méd. J. Australia*, 43 (I), 19, 1956, p. 776-778.
166. LOOSLI-USTERI (M.). — La vie psychique des enfants déracinés — *Rev. int. de l'enfant*, vol. 10, 1946, p. 7.
167. LUBETZKI. — La nostalgie et la neurasthénie — *J. de méd. de Paris*, 1900, 25, XII, 290-293. Id. *Rev. de psychiat.*, Paris, 1900, n-s. III, 137-144.

168. LYSGAARD (Sv.). — L'adaptation dans une société étrangère : le séjour aux Etats-Unis de boursiers *Fulbright* norvégiens — *Bulletin international des sciences sociales* (U.N.E.S.C.O.), VII, 1, 1955, p. 47-54.
169. MACARDLE (D.M.). — Children of Europe — Londres, 1950.
- 169 bis. MACEDO (G. DE). — Imigração, conflito de cultura, doença psicossomática, um dilema moderno da higiene mental — *Med. cir. farm.*, avril 1955, p. 141-151.
170. MAC KANN, WILLIS (A.). — Nostalgia : a Review of the Literature — *Psych. Bull.*, 38, 165, 1941.
- 170 bis. MAC KAY (H.D.). — The Neighbourhood and Child Conduct — *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 261, January 1949, p. 32-42.
171. MALAPER DU PEUX (J.-V.). — De la nostalgie, in-4°, Paris, 1853.
172. MARBE (K.). — Uber das Heimweh — *Arch. f. d. ges. Psychol.*, 1, 1925, p. 513-524.
173. MARIE (A.). — Psychose chez une Japonaise métisse transplantée — Société de psychiatrie de Paris, 21 mars 1929, *Encéphale*, 1929, p. 368.
174. MARKOFF WEYD (S.). — Migrant Farm Workers and their Children — National Child Labor Comittee, New York, s.d. (*Unpublished*).
- 174 bis. MARTIAL (R.). — Race, hérédité, folie. Etude d'anthropo-sociologie appliquée à l'immigration — Paris, 210 pages, 1938.
175. MARTIN (J.-J.-A.). — Sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1820.
176. MASSON (Mme A.). — La psychopathologie de l'attente, de l'isolement et de l'ennui — I^{er} Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Luxembourg, 1952.
177. MASSON (Mme A.). — Les réactions à la séparation et au déracinement, leur valeur sémiologique et leurs incidences thérapeutiques — *Ann. méd. psychol.*, 1953, I, p. 235-239.
178. MASSON (J.-B.-H.). — De la nostalgie considérée comme cause de plusieurs maladies, in-4°, Paris, 1825.
179. MATTHAEI (E.). — De nostalgia, in-8°, Halis Sax. (1844).
180. MAURY (M.-E.). — Essai sur la nostalgie, in-4°, Strasbourg, 1826.
- 180 bis. MEAD. — Methodology of Racial Testing — *Amer. Journ. Sociol.*, March 1926.
181. MERKEL (F.). — Influencia moral de la separacion del soldado del seno de su familia — *Cron. med. Lima*, 1903, XX, p. 219-222.
182. MERLOO (A.M.). — Psychopathic Reactions in Liberated Countries — *The Lancet*, 1945, April 7th.
183. MEYER (L.). — Der Wahnsinn aus Heimweh — *Deutsche Klinik*, Berlin, 1855, VII, 7, 20-31.
184. MEYEROWITZ (H.). — Casework Service for Adolescent Newcomers — *Jew. Soc. Ser. Q.*, 1947, vol. 24, p. 136.
- 184 bis. MEYSEREY (DE). — De la maladie du païs, vraie ou fausse, et de quelqu'autres maladies feintes. Moyens de les connoître, de s'en préserver, d'en guérir. Des vapeurs, de la mélancolie et de la consommation angloise, in « La médecine d'armée, contenant des moyens aisés de préserver de maladies... » (art. 26, p. 105-112), Paris, chez la Veuve Cavelier et fils, 1754.
185. MINKOWSKI (E.). — Le temps vécu — Ed. d'Artrey, Paris, 1933.
186. MINKOWSKI et FUSZWERK. — Le test de Rorschach chez les enfants juifs victimes des lois raciales — *Schweiz. Arch. Neur. u. Psychiat.*, 1948, vol. 61, p. 407.
- 186 bis. MONNERET (Ed.) et FLEURY (L.). — Article « Nostalgie », in *Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne*, t. VI, p. 219-223, Paris, Béchét jeune, 1845.

187. MOREAU (J.-M.-E.-B.). — Considérations sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1848.
188. MOREAUD (P.). — Considérations sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1829.
189. MORICHEAU-BEAUCHAMP (R.-P.). — Réflexions sur les modifications que l'éducation et les habitudes ont apportées dans le développement de la nostalgie pendant la dernière guerre — *Mém. Soc. méd. d'émulation de Paris*, an V (1798), 1, p. 66-71.
190. MORIN. — De la nostalgie aux points de vue philosophique et médical — *France médicale*, 1856, III, 201-204.
191. MULLAN (E.H.). — Mental Examination of Immigrants, Administration and Line Inspection at Ellis Island — U.S. Public Health Service Reprints n° 398, Washington, Government Printing Office, 1917.
192. MULLER (K.V.). — Die seelische Schädigung des Flüchtlingskindes als soziologisches Problem — *Volksgesundheitsdienst*, 1951, vol. 4.
- 192 bis. MULLER (K.V.). — Heimatvertriebene Jugend — Kitzingen/Main. Holzner Verlag, 1953, 221 pages, Tabl-graph, 2° éd., Würzburg, Holzner Verlag, 1956, 260 pages, Tabl-graph.
193. MUNOZ BARREDA (V.). — Nostalgia aguda en un caso de pneumonia — *Gac. med. de Sevilla*, 1880, II, 267-274.
194. MURPHY (H.B.M.). — Les psychoses des réfugiés en Grande-Bretagne : les admissions dans les hôpitaux psychiatriques, in « Personnes déplacées », IV, 2, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 187-211.
195. MUSSET (H.-J.-M.-H.). — Sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1830.
196. NAJER (A.). — Psychologie de l'enfance dans les « camps d'attente » en Allemagne — *Enfance*, 1950, vol. 3, p. 168.
197. NEUSTADT. — Die Psychosen der Schwachsinnigen — Berlin, 1925.
198. ODEGAARD (O.). — Emigration and Insanity. A Study of Mental Disease among the Norwegian-born Population of Minnesota — *Acta Psych. Neurol. Scand.*, suppl. IV, 1932.
199. PAILHAS (B.). — Des idées de richesses et de grandeur chez les émigrés aliénés. Etude de pathogénie par statistique — *Ann. méd. psychol.*, 1897, I, p. 50-54.
200. PAPILLON (F.). — Nostalgia — *Pop. Sc. Month.*, N.Y., 1874, p. 215-220.
201. PARAIRE (J.). — Considérations sur la psychopathologie des prisonniers de guerre — *Revue du corps de santé militaire*, 3 sept. 1952.
202. PARFITT (D.). — Loneliness and the Paranoïd Syndrome — *The J. of Neur. and Psychopath.*, 1937, 17, 68, p. 318.
203. PARK (R.E.). — Human Migration and the Marginal Man — *Am. J. of Sociol.*, 33, 881, May 1928.
204. PARRY (G.). — *De patriæ desiderio*, in-8°, Edinburgi, 1805.
205. PAULINIER (J.-P.-L.-T.). — Sur la nostalgie (vulgairement mal ou maladie du pays); essai, fragments ou aperçus, etc., in-4°, Montpellier, 1837.
206. PECHART. — L'exemple d'une entreprise de la région parisienne, in « La psychotechnique au service des Nord-Africains », supplément-cahier 19, E.S.N.A., Paris, 1952.
207. PEDERSEN (S.). — Lengselen etter Trygghet — *Norsk Pedagog. Tidsskr.*, 1948, vol. 7, p. 1.
208. PEDERSEN (S.). — Psychopathological Reactions to Extreme Social Displacement (Refugee Neuroses) — *Psychoanal. Rev.*, 36, 344, Oct. 1949.
209. PEDERSEN (S.). — L'arrivée à bon port, in « Personnes déplacées », U.N.E.S.C.O., 1955, I, 2, p. 36-47.

210. PERCY et LAURENT. — Nostalgie, in « Diction. des sc. médic. », Paris, 1819, XXXVI, p. 265-281, Panckoucke, éd.
211. PETERS (DE W.C.). — Remarks on the Evils of Youthful Enlistments and Nostalgia — *Am. M. Times*, N. Y., 1863, VI, 75.
- 211 bis. PETERSON (B.H.). — Paranoïd States : Clinical Pictures — *Med. J. Australia*, 43 (1), 19, 1956, p. 775-776.
212. PETROWITCH (S.). — De la nostomanie, in-4°, Paris, 1866.
213. PFEIL (E.). — Der Flüchtling — Hambourg, 1949.
214. PFEIL (E.). — Fünf Jahre später — Francfort, 1951.
215. PFISTER AMMENDE (M.). — Vorläufige Mitteilung über psychologische Untersuchungen an Flüchtlingen — *Bull. Schweiz. Ak. Med. Wiss.*, 1946, 2, p. 102.
216. PFISTER AMMENDE (M.). — Massenpsychologische und psychohygienische Probleme in der Flüchtlingsbetreuung — *Schweiz. Med. Wschr.*, 78, 21, 1948, p. 755-756.
217. PFISTER AMMENDE (M.). — Erfahrungen bei Kriegsgeschädigten jugendlichen Flüchtlingen und Rückwanderern — *Gesundh. u. Wohlf.*, 28, 2, 1948, p. 51.
218. PFISTER AMMENDE (M.). — Psychohygiene und Psychotherapie bei der Flüchtlingsbetreuung — Die Psychohygiene (éd. Pfister), Berne, 1949.
219. PFISTER AMMENDE (M.). — Psychotherapie bei der Flüchtlingsbetreuung — *Psyche*, Heidelberg, 1949, vol. 3, p. 636.
220. PFISTER AMMENDE (M.). — Zur Psychologie des Flüchtlings — *Gesundh. u. Wohlf.*, 21, 12, 1949, p. 552-563.
221. PFISTER AMMENDE (M.). — Psychologische Erfahrungen mit Sowjetrussischen Flüchtlingen in der Schweiz — Die Psychohygiene (éd. Pfister), Berne, 1949.
222. PFISTER AMMENDE (M.). — Das Problem der Entwurzelung — *Schweiz. Med. Wschr.*, 80, 6, 1950, p. 151-158.
223. PFISTER AMMENDE (M.). — Zur Psychopathologie der Entwurzelung — *Bull. der Schweiz. Ak. der Med. Wiss.*, VIII, 4, juillet 1952, p. 338-345.
224. PFISTER AMMENDE (M.). — Geistige Hygiene, Forschung und Praxis: Erziehung, Gemeinschaft, Philosophie, Ethik, Tiefenpsychologie — Benno Schwabe, Basel, 1955.
225. PFISTER AMMENDE (M.). — Symptomatologie, traitement et pronostic des maladies mentales chez les réfugiés et les rapatriés en Suisse, in « Personnes déplacées », IV, 1, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 159-186.
226. PILET (D.-E.). — De la nostalgie considérée chez l'homme de guerre, in-4°, Paris, 1844.
227. PILLEMENT (G.-L.-V.). — Essai sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1831.
228. PINSKY (L.) et al. — Les effets de la guerre sur les enfants déplacés — Document non publié, classé dans les archives de la fédération mondiale pour la santé mentale et résumé au chap. II de « Personnes déplacées », U.N.E.S.C.O., 1955 (cf.).
229. PINSKY (L.). — Les enfants, in « Personnes déplacées », II, 1, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 51-63.
230. POISSON (E.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1836.
- 230 bis. POSLAVSKY (A.). — Le jeune réfugié dans son pays d'adoption — Rapport à la X^e réunion annuelle de la Fédération mondiale pour la santé mentale, Copenhague, 1957.
231. PORTNOY (D.S.). — The Adolescent Immigrant — *Jew. Soc. Ser. Q.*, vol. 25, 1948, p. 268.
232. POYNTON (O.). — Some Observations on the Psychological and Psychiatric Problems encountered in a Singapore Prison Camp — *Med. J. Australia*, 1947, 2, p. 501.

233. PRICE (M.H.) and GOLDSTEIN (G.). — Discussion on Adolescent Refugees — *Jew. Soc. Ser. Q.*, 24, 1947, p. 147-150.
234. PRINS (S.A.). — L'individu en fuite, in « Personnes déplacées », I, 1, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 27-35.
235. PRITZKER (B.). — Paranoid und Schwerhörigkeit — *Schweiz. Med. Woch.*, 68, 7, 1938, p. 165-166.
236. PUEL (J.-A.-E.). — Essai sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1822.
237. RAITASUO (K.) and JYRKILA (V.). — The Psychological Educational and Social Adjustment of Displaced Children and Youth in Finland — Union of Finland for Child Welfare, s.d. (polycopié).
- 237 bis. REDSHAW (G.M.). — Psychiatric Problems among Migrants — *Med. J. Australia*, 43 (II), 23, 1956, p. 852-853.
- 237 ter. ... (Revue internationale de l'Enfant). — Enfants déplacés, réfugiés et migrants — *Revue internationale de l'Enfant*, 2-3, 1951, p. 51-108.
238. REY (H.). — Nostalgie — N. dict. de méd. et chir. prat., Paris, 1877, XXIV, p. 116-144.
239. REYNAL (M.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1819.
240. RIEURTAUD. — Un problème général, in « La psychotechnique au service des Nord-Africains », suppl.-cahier 19, E.S.N.A., Paris, 1952.
241. ROBBELEN (A.A.). Nostalgie mit tödtlichem Ausgang — *Deutsche Klinik*, Berl., XVI, 1864, p. 277.
242. ROBILLARD (C.-F.). — Coup d'œil sur la nostalgie, in-4°, Strasbourg, 1833.
243. ROBINIÈRE (J.-B.-B.). — Dissertation sur la nostalgie, in-4°, Strasbourg, 1823.
244. ROBINSON (P.). — The D. P. Disease — *Act. Med. Orient.*, 1947, 6, p. 188.
245. ROCHE (J.-P.). — Essai médico-philosophique sur la nostalgie ou mal du pays, in-4°, Paris, 1829.
246. ROCQUIGNY (R. DE). — Application à l'usine, in « La psychotechnique au service des Nord-Africains », suppl.-cahier 19, E.S.N.A., Paris, 1952.
247. ROJAS (N.). — Psychoses postémotionnelles — *Rev. neuro-psychiat.*, 14, 3, 1951, p. 379-389.
248. ROMANO (A.). — La influenza degli agenti fisici e climatici sulla nostalgia — *Incurabili*, Napoli, 1903, XVIII, p. 657-683.
249. RUESCH (J.), JURGEN and al. — Acculturation and Illness — *Psycholog. Monographs*, vol. 62, n° 5 (n° 292), 1948.
250. RUESCH (J.) and BATESON (G.). — Communication. The Social Matrix of Psychiatry — New York, W.W. Norton and Co, 1951.
- 250 bis. SAGAR. — Systema morborum symptomaticum, 2^e partie, p. 519.
251. ... (Samml. v. Nat...). — Von der Nostalgia, oder dem so genandten Heimwehe — *Samml. v. Nat. u. med. ... Gesch.*, 1717-18, Bresl., 1718-20, p. 832-837.
252. SANCHIS BANUS (J.). — Beobachtungen über Verfolgungswahn bei Blinden — *Schweiz. Arch. f. Psych.*, 18, 1926, 14.
253. SANTI (J.). — De la nostalgie à bord des navires de guerre — *Ann. d'hyg.*, Paris, 1836, XVI, p. 310-317.
254. SCHACHTER (M.). — Névrose et réactions névrotiques « circonstanciellées » (facteurs psychologiques et sociogéniques) — *L'Ospedale psichiatrico*, 19, 3, juillet-septembre 1951, p. 171-194.
255. SCHELSKY (H.). — Die Flüchtlingsfamilie — *Kölner Zeitschr. Soziol.*, 1950, 3, p. 2.
256. SCHEUCHZER. — Sur la nostalgie, maladie particulière aux Suisses, ex : *Mem. Acad. Sc., Bologne, Coll. Acad. d. mém.*, etc., Paris, 1773, X, p. 592.

257. SCHEUCHZERUS (J.J.). — De nostalgia — *Bononiensi sc. et art. Inst. comment.*, Bononiae, 1731, 1, p. 307-313.
258. SCHMIDT (W.). — Heimweh, in *his* : Forens psychiat. Erfahr. im Kriege, Berlin, 1918, 189-192.
259. SCHNEIDER (K.). — Der Begriff der Reaktion in der Psychiatrie — *Zschr. ges. Neurol. Psychiat.*, 95, 1925, 500-505.
260. SCHNEIDER (K.). — Über primitiven Beziehungswahn — *Z. ges. Neur. Psychiat.*, 127, 1930, p. 725-735.
261. SCHUETZ (A.). — The Stranger : an Essay in Social Psychology — *Am. J. Sociol.*, 49, 1944, p. 499-507.
262. SCHWAB (G.). — Über Heimweh beim Kleinkind — *Jahrb. f. Kinderh.*, Berlin, 68, 3, 1925, p. 15-39.
263. SEGAL (E.). — Medico-psychological Observations in a Time of Disaster — *Higena Ruhanit*, 1947, 5, p. 103.
264. SEGALMAN (A.). — The Psychology of the Jewish Displaced Person — *Jew. Soc. Ser. Quart.*, 23, 1947, p. 361.
265. SEGUIN (A.). — El síndrome psicossomático de desadaptación — *Revista latino-americana de psiquiatria*, I, 1, 1951, p. 27-38.
- 265 bis. SELLIN (Th.). — Culture Conflict and Crime — New York, 1938.
266. SIMON (F.). — Réalisations administratives, in « La psychotechnique au service des Nord-Africains », supplément-cahier 19, E.S.N.A., Paris, 1952.
- 266 bis. SISLER (G.C.). — Mental Illness among Displaced Persons — *Canad. Med. Ass. J.*, 69, Dec. 1953, p. 614-617.
267. SIVADON (P.), KOEHLIN (Ph.) et GUIBERT. — A propos des troubles mentaux des transplantés — *Ann. méd. psychol.*, 1954, II, 1, p. 101-106.
268. SOLANES (J.). — Exil et troubles du temps vécu — *Hygiène mentale*, 37, 5, 1948, p. 62-78.
269. SOLANES (J.). — La estructura espacio-temporal del mundo de los emigrados — Ponencia al IV Congreso internacional de higiene mental. *Revista de la policlinica Caracas*, XIX, 120, septembre-octobre 1951.
270. SOLANES (J.). — Los factores criminogenos contenidos en la situación de desarraigo — Comunicación a la Sesión panamericana preparatoria del III Congreso internacional de Defensa social, 1952.
271. SOROKIN (P.A.). — Man and Society in Calamity — New York, E.P. Dutton, 1943.
272. SPITTA (D.H.). — Heimweh : Melancholie; Tödtung, in *his* : Prakt. Beitr. z. gerichtsärztl. Psychol., in-8°, Rostock, 1855, 25-56.
273. Staff of the Beth Israel Hospital, Boston, U.S.A. — Psychiatric and Psychosomatic Conditions in Former Concentration Camp Inmates — *Bull. World Fed. Mental Health*, vol. 3, 1951, p. 229.
274. STERBA (E.). — Emotional Problems of Displaced Children — *Soc. Casework*, 1949, p. 179.
- 274 bis. STERNBERG (A.). — Aspects sociaux et sanitaires de l'immigration de masse, 1948-1952 — *Harefuah*, 44, avril 1953, p. 154 (en hébreu).
- 274 ter. STONEQUIST (E.V.). — The Marginal Man, New York, 1935.
275. STRAUS (E.). — Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischer Verstimmung — *Monatschr. f. Psych. u. Neur.*, 1928, p. 68.
276. STRAUS (E.). — Die Formen des Räumlichen, Ihre Bedeutung für die Motorik und Wahrnehmung — *Nervenarzt*, 11, 3, 1930, p. 634.
277. SUGAR (F.). — Nostalgia, in-8°, Vindobonae, 1843.
278. SUTRO (N.). — Heimatberaubte, entwurzelte Jugend — *Schweiz. Zeitschr. f. Psychologie*, IX, 1950, p. 171-181.

279. SUTRO (N.). — Jugend auf der Flucht 1933-1948 — Zurich, 1952.
280. SWEENEY (A.). — Mental Tests for Immigrants — *North American Review*, 1922.
281. TAFT (M.). — The Shared Frame of Reference Concept applied to the Assimilation of Immigrants — *Human Relations*, 6, 1953, 45.
282. TAFT (R.), BOWNES (A.F.). — The Frames of Reference used by Immigrant and Australian Children in Mutual Judgments — Univ. of West Australia Research Report, s.d.
283. TANFANI (L.). — Su particolari quadri psichici osservati in lavoratori emigranti — *Giorn. di psichiatria e di neuropatol.*, 82, III, 1954, p. 821-838.
- 283 bis. TANFANI (L.), CAPRINI (G.). — Ultima contribuzione al conocimiento dei particolari quadri psichici osservati in lavoratori emigranti — *Neurono*, III, 2, 1954.
- 283 ter. TAPPAN (P.W.). — Juvenile Delinquency — New York, 1949.
284. TAYLOR (W.T.). — Nostalgia or Home-Sickness — *Am. M. Bi-Weekly*, Louisville, 1879, X, 121-123.
285. THERRIN (A.-F.-A.). — Essai sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1810.
- 285 bis. THEVENOT (J.-P.-F.). — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds et spécialement au Sénégal, ou Essai statistique, médical et hygiénique sur le sol, le climat et les maladies de cette partie de l'Afrique, in-8°, XII, 399 p. Paris, J.-B. Baillière, 1840.
286. TORRUBIA (A.) et TORRUBIA (H.). — Contribution à une psychopathologie sociale (recherche sur la transplantation), in « Etudes de psychiatrie », monographie de l'Institut national d'hygiène, n° 7, Paris, Inst. nat. d'hyg., 1955, p. 59-81.
287. TRONCHIN JAMES (R.N.). — Disordered Society — *Brit. M. J.*, 1950, 2, p. 776-780.
288. TULGHIN (S.H.), LEVY (D.M.). — Rorschach Test Differences in a Group of Spanish and English Refugee Children — *Am. J. Orthopsychiat.*, vol. 16, 1945, p. 361-368.
289. TYHURST (L.). — Somatic Symptoms in Displaced Persons. Presented at the Meeting of Psychiatric Section, Montreal Medical Chirurgical Society, February 1950.
290. TYHURST (L.). — Displacement and Migration, a Study in Social Psychiatry — *American Journal of Psychiatry*, 107, VIII, 1951, p. 561-568.
291. TYHURST (L.). — Les troubles psychosomatiques, in « Personnes déplacées », IV, 4, U.N.E.S.C.O., Paris, 1955, p. 220-232.
292. U.N.E.S.C.O. — L'enfance vagabonde — Publication 643, U.N.E.S.C.O., 1950.
293. Union internationale de Protection de l'Enfance. — Etude sur la réadaptation sociale, psychologique et éducative des enfants émigrés, déplacés et réfugiés — Rapport présenté à l'U.N.E.S.C.O., 1952 (polycopié).
294. U.N.R.R.A. — Psychological Problems of Displaced People — Report to U.N.R.R.A. by the Inter-Allied Psychological Study Group, U.N.R.R.A., 1945.
295. VERHOVITZ (J.). — De nostalgia, in : Everel. Diss. Med. (etc.), in-8°, Viennæ, 1790, III, p. 205-218.
296. VOISIN (P.). — Possibilités de la main-d'œuvre nord-africaine. Formation professionnelle des adultes — Etude d'un test « fil de fer », in « La psychotechnique au service des Nord-Africains », supplément-cahier 19, E.S.N.A., Paris, 1952.
297. WEINBERG (A.A.). — Psychosociology of the Immigrant — With a Preface by Prof. Roberto Bachi — Jerusalem, The Israel Institute of Folklore and Ethnology, 1949.

298. WEINBERG (A.A.). — Psychosomatic Factors in the Adjustment of New Immigrants — *Acta medica Orientalia*, 8, 13, 1949.
299. WEINBERG (A.A.). — Psychohygienic Problems in the Adaptation of Newcomers — *Harefuah*, 38, 9, 1950, p. 144-147 (en hébreu).
300. WEINBERG (A.A.). — La santé mentale des personnes transplantées et sans foyer. Rapport à la troisième réunion annuelle de la Fédération mondiale pour la santé mentale (Paris, 1950). Rapport annuel de la F.M.S.M., 1950, Londres, F.M.S.M., 1950, p. 79-82.
- 300 bis. WEINBERG (A.A.). — Mental Health Aspects of Voluntary Migration — *Mental Hygiene*, 39, July 1955, p. 450-464.
301. WIDAL (V.). — Nostalgie — Dict. encycl. d. sc. méd., Paris, 1878, 2 s XIII, p. 357-380.
302. WIEDEMANN (A.). — De nostalgia, in-8°, Pragæ (1844).
- 302 bis. WILLEMS (E.). — Assimilação e Populações Marginais no Brasil — C. Editória nacional, 1940.
303. WITTON (C.L.), HARRIS (H.L.), HUNT (W.A.). — Cryptic Nostalgia — *War Med. Chic.*, 1943, 3, 57-59.
- 303 bis. WOLMAN (B.). — Disturbances in Acculturation — *Am. J. Psychotherapy*, 3/4, 1949, 601-615.
- 303 ter. YERKES. — Psychological Examining in the U.S. Army — *Memoirs of the National Academy of Sciences*, XV, 1921.
304. YEZERSKA (A.). — Children of Loneliness — New York, Funk and Wagnalls, 1923.
305. YOUNG (K.). — Mental Differences in Certain Immigrant Groups — University of Oregon Publications, 1, 1922.
306. YOUNG (K.). — Intelligence Tests of Certain Immigrant Groups — *Scientific Monthly*, 15, 1922, p. 417-434.
307. YVONNEAU (J.). — Considérations médico-philosophiques sur la nostalgie, in-4°, Paris, 1821.
308. ZANINI (V.). — Della nostalgia, in-8°, Pavia, 1849.
309. ZARA (E.). — Considerazioni zu cinquanta casi di psicosi osservati in ammalati rimpatriati dall' A.O.I. — *Ospedale psichiatr.*, 1938, 1, janvier, p. 71.
310. ZAUGG (O.). — Einige Erfahrungen über die Führung von Heimen und Lagern für Kriegsbetroffene Menschen — Die Psychohygiene (éd. Pfister), Berne, 1949.
311. ZIMMERMANN (J.G.). — De la solitude, des causes qui en font naître le goût, de ses inconvénients, de ses avantages — Traduit de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan. Nouvelle édition augmentée d'une notice sur la vie de l'auteur, Paris, G.-B. Baillière, 1840, in-8°, XV, 552 p.
312. ZWINGER. — Dissert. de pathopatridalgia — Fascicul. dissert. medic., in-4°, Basileæ, 1710.

Conclusion

De plus en plus au cours de la période contemporaine, avec le développement connexe de la civilisation industrielle et des mouvements de population, les pouvoirs publics ont été confrontés aux problèmes de morbidité psychiatrique des mouvements migratoires. Des concepts d'ordre psychiatrique plus ou moins fondés ont très fréquemment sous-tendu les dispositions réglementaires édictées, sans que pour autant la doctrine psychiatrique, peu adaptée à ce type de problème, ait été en mesure de fournir des données générales précises et scientifiquement établies.

I

La recherche médico-statistique concernant la morbidité mentale des populations transplantées s'est développée de façon très dispersée depuis la seconde moitié du XIX^e siècle. Les taux absolus d'incidence morbide ont très généralement attiré l'attention des spécialistes et des polémistes dans de nombreux pays. L'établissement d'indices bruts, référenciés sur la population générale, a permis les premières mises en évidence d'une incidence morbide mentale plus élevée des contingents transplantés dans les diverses populations étudiées. Diverses tentatives ont été faites pour approfondir ces différences en fonction de la provenance ethnique ou du groupe nosographique considérés. Mais on doit surtout à l'établissement d'indices différentiels l'étude de populations données considérées dans des milieux socio-géographiques différents et l'étude des transplantations doubles, ainsi que les premières recherches de grande valeur doctrinale concernant les transplantations intérieures. L'approfondissement progressif de la méthodologie statistique a mené à l'établissement d'indices pondérés qui, tout à la fois, ont introduit une plus grande rigueur dans le calcul des indices d'incidence morbide, et ont fourni une précieuse information sur les variations corrélatives d'un certain nombre de facteurs socio-démographiques spécialement distortifs : distributions d'âges, sexes, statut matrimonial, niveau économique, taux d'urbanisation, d'industrialisation, d'hospitalisation. Les études de tendance concernant l'incidence différentielle en fonction de la génération ou de la durée de séjour ont inauguré un courant d'analyse des séries chronologiques, qui amène à considérer l'incidence morbide comme soumise à des variations liées au système de référence chronologique du phénomène migratoire. Des variations incidencielles précoces ont été ainsi mises en évidence, qu'on a rapprochées de certaines variations biologiques synchrones observées dans des situations particulièrement schématiques. Les indices de morbidité utilisés semblent par ailleurs se révéler sensibles à certaines variations de la conjoncture socio-économique.

Si ces divers courants de recherches ont généralement confirmé l'importance intrinsèque du phénomène migratoire dans la détermination de l'incidence morbide, ils ont également mis en lumière la complexité des facteurs

en jeu et, par voie de conséquence, la nécessité de ne pas dissocier l'interprétation des conclusions de la critique méthodologique des procédés mis en œuvre.

II

La doctrine psychiatrique contemporaine à base symptomatique, après avoir réduit la mobilité géographique à un simple symptôme d'états délirants systématiques particulièrement étudiés par l'école française, a été amenée, à l'instar des politiques sélectionnistes de l'immigration, à poser le problème de la personnalité prémigrante. Diverses interprétations ont été avancées dans le cadre des théories constitutionnalistes et psychanalytiques. Les recherches psychotechniques tendant à mettre en évidence une infériorité qualitative des populations migrantes susceptible d'expliquer la fréquence des troubles mentaux n'ont fourni que des données contradictoires et contestées. Les interprétations socio-démographiques, basées sur les données statistiques déjà envisagées, paraissent plus fructueuses.

Cliniquement, les états pathologiques décrits chez les populations transplantées ne présentent aucune spécificité. Divers types d'états aigus ont été mentionnés, allant des simples perturbations du rythme du sommeil, des troubles thymiques mineurs, des modifications discrètes du caractère et du comportement aux états francs d'excitation ou de dépression (correspondant en particulier au noyau commun des états nostalgiques), aux états délirants aigus et aux états confuso-oniriques. Parmi les états chroniques, dont la fréquence et les frontières nosographiques sont diversement appréciées, on a insisté sur certains états hypocondriaques, sur les dépressions hyposthéniques graves et traînantes. Les états délirants chroniques ont été surtout étudiés en France sur le plan clinique. Ils sont incorporés par la littérature anglo-saxonne au vaste groupe schizophrénie-paranoïa, qui, dans les statistiques, témoigne de l'importance numérique des psychoses chroniques.

Certains ont insisté sur la fréquence des suicides au sein des populations transplantées. Les problèmes médico-légaux de délinquance et de criminalité, fréquemment soulignés, ont fait l'objet d'études particulières d'orientation sociologique et surtout phénoménologique leur conférant quelques traits spécifiques.

C'est surtout sur le plan de l'interprétation psychopathologique que les travaux publiés depuis le début du siècle ont tenté de dégager certains éléments d'unité. L'analyse phénoménologique de la situation de transplantation est inaugurée par la thèse criminologique de JASPERS qui reprend la perspective du vieux concept clinico-étiopathogénique de nostalgie, l'une des entités les plus vivaces de la psychiatrie présymptomatique des XVII^e et XVIII^e siècles. Elle est centrée sur la nature privilégiée de l'expérience de l'exil en tant que situation aliénante.

A partir de la notion de « psychoses du lien social » (*Verkehrspsychosen*) de KRAEPELIN et de « délire de relation » (*Beziehungswahn*) de KRETSCHMER, divers auteurs publient des observations d'états psychotiques chez des transplantés qu'ils interprètent en fonction du déficit instrumental verbal lié à l'isolement linguistique et à l'adultération de l'espace acoustique.

Un type d'interprétation sociologique est représenté par la notion « d'anatopisme mental », élaborée par P. COURBON à partir des conceptions

durkheimiennes. Cette orientation sociologique s'est également dessinée dans l'école anglo-saxonne, parallèle au développement de l'école anthropologique culturelle, avec l'introduction des notions de « marginalité » et l'élaboration des études différentielles d'incidence.

Un certain nombre d'études consacrées aux problèmes de psychiatrie infantile posés par la transplantation insistent à la fois sur le caractère assez facilement résolutif d'états parfois spectaculaires, et sur l'importance numérique et sociale des problèmes de délinquance.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il semble donc qu'on soit en droit de considérer qu'il existe un très réel problème socio-psychiatrique de la transplantation géographique.

En dépit de la situation marginale qu'ils occupent par rapport à l'état actuel des doctrines psychiatriques, les faits qui s'y rapportent méritent, tant sur le plan de l'action concrète que sur le plan doctrinal, une prise en considération dont l'absence par le passé n'a pas été sans conséquences.

Vu,

*Le Doyen de la Faculté de médecine
de Paris,*

LÉON BINET

Vu,

Le Président de Thèse,

Jean DELAY

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. SARRAILLI

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	3
PREMIÈRE PARTIE	
ETUDE STATISTIQUE	7
I. — LES PARAMÈTRES STATIQUES	7
I. — Les indices bruts	8
A. Les indices élémentaires	8
a) Les taux absolus	8
b) Les indices bruts	11
1. Les indices d'incidence morbide	11
2. Les indices démographiques	12
3. Le « Quota Fulfillment »	14
B. Les indices bruts avec niveau de signification	14
II. — Les indices différentiels	15
1. Même milieu d'observation, provenance ethnique différente ..	15
2. Groupes nosographiques	18
3. Même groupe d'origine, milieu différent	23
4. Même milieu, transplantation intérieure	24
5. Même milieu, transplantation double	26
III. — Les indices pondérés	26
1. Distribution d'âges	27
2. Sexe	30
3. Statut matrimonial	31
4. Niveau économique	32
5. Urbanisation	33
6. Industrialisation	34
7. Hospitalisation	34
— Apports de la technique des indices pondérés	35
1. La prévision	35
2. La rétorsion des indices	37
II. — LES SÉRIES CHRONOLOGIQUES	38
I. — Les tendances	39
1. Incidence différentielle en fonction de la génération	39
2. Incidence différentielle en fonction de la durée de séjour ...	40
II. — Les variations incidenciels précoces	45
1. Les phases d'incidence maxima	45
2. L'adaptation biologique	47
3. Les séries chronologiques plurifactorielles. Les études de conjoncture	48
III. — APPORT DES TECHNIQUES STATISTIQUES A L'ÉTUDE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE POSÉS PAR LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES	49
Index bibliographique	53 à 59

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE	61
I. — CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU MATÉRIEL CLINIQUE	63
I. — Les limites du cadre clinique des états pathologiques en rapport avec la transplantation	63
II. — Le problème de la personnalité préémigrante	64
1. Les théories constitutionnalistes. Emigration et personnalité prépsychotique	64
2. Les interprétations psychanalytiques. La valeur symbolique de l'émigration	65
III. — Fond mental et niveau culturel des populations migrantes ..	66
1. Les recherches psychotechniques	66
2. Les techniques démographiques : le niveau socio-économique ..	69
II. — LES SYNDROMES CLINIQUES	70
I. — Les états aigus	70
II. — Les états chroniques	72
III. — Aspects médico-légaux. Délinquance et suicide	75
III. — LES INTERPRÉTATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES	76
I. — De la nostalgie classique à l'analyse phénoménologique	77
1. La nostalgie classique, cadre nosologique et étiopathogénique	78
2. Le monde du transplanté en situation. Espace et temps vécus	79
II. — Isolement linguistique et déficits instrumentaux	81
III. — Les interprétations sociologiques : De la personnalité anatopique à l'anthropologie culturelle	84
1. L'Ecole sociologique française et l'anatopisme de COURBON ..	84
2. Isolement culturel et désorganisation sociale. Les positions de l'anthropologie culturelle	85
IV. — LES PROBLÈMES DE TRANSPLANTATION EN PSYCHIATRIE INFANTILE.	
1. Aspects cliniques	86
2. Délinquance	87
Index bibliographique	89 à 104
CONCLUSIONS	105

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE

MELUN D. 2.660 1958

